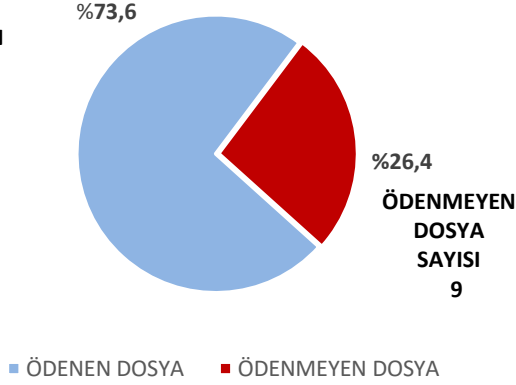


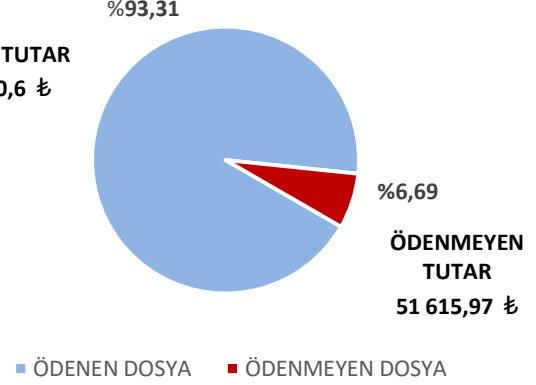
32.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=34

ÖDENEN
DOSYA
SAYISI
25



32.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN Tutar
719 810,6 ₺



24.10.2024 TARİHLİ 32. İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	COPELLOR 80 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (3 KALEM) (BİYOLOJİK AJAN)(Başlangıç PASI değerine göre %75 iyileşme sağlanamaması tedaviye yanıtızsızlık olarak değerlendirilerek ilaç kullanımı sonlandırılır. SUT' ta ikinci bir(verxant kullanımı sonrası) interlökin inhibitör kullanımı için bir madde yoktur	COPELLOR ; RAPORDA ÖNCEKİ TEDAVİYE YANITSIZ (ŞİKAYETLERDE ARTIŞ) OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
2	HYQVIA 10 G / 100 ML SC KULLANIM ICIN INFUZYONLUK COZELTI ICEREN 2 FLAKON(10 GR)(Rapor ICD-10 kodu D80.9 olmalıdır gerekçesiyle iade yapılmış olup ICD bölümüne eklenememiş, açıklamaya eklenmiştir)	MEDULA İLAÇ BİLGİSİNDE D80.1 TANISINDA ÖDENİR KAYDI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)(6 aydan uzun süre ilaca ara verildiği için başlama kriterleri aranır)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR(Haftada 150X64,5 olarak düzeltildiğinde; EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR adlı ilacın bitiş tarihi 37DEXRK numaralı reçetede ilacın ilaç alım tarihini aşmıştır.)	EPORON; E-REÇETEDKİ DOZ GİRİLDİĞİNDEN BİR ÖNCEKİ ERKEN ALIMA GÖRE SONRAKİ REÇETELERDE ÇAKIŞMA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	ELIQUIS; 15/08/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

6	EZETEC; LDL ATATİN KULLANMASINA RAĞMEN 100 ÜZERİNE ÇIKMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.	EZETEC; LDL ATATİN KULLANMASINA RAĞMEN 100 ÜZERİNE ÇIKMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	CRESTOR ; EK HASTALIK OLMADAN TEK LDL DEĞERİ İLE VERİLEMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.	CRESTOR ; EK HASTALIK OLMADAN TEK LDL DEĞERİ İLE VERİLEMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
9	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(raporda ilacın adı olmadığı için kesildi.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	PRALAS 100 MCG/ 20 MCG INH ICIN OLCULU DOZ AEROSOL (SABA+SAMA)(rapor dozu 4*1)	SÜRESİ DEVAM EDEN RAPORDA DOZ 4*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
11	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(rapor dozu 3*1)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
12	- BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(KMY ÖLÇÜM DEĞERİNE GÖRE ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.) - FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ SUT DE İSTENEN BÖLGE DEĞİL.)	- BONVIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - FOSAVANCE-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 12 hafta sonra OKT görüntüsünün eklenerek dokümante edilmesi zorunludur.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
14	ALATAB 600 MG 30 FTB(Raporda 254 reçete uyarı kodu ile ilgili bilgi yok/eksik.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
15	THINCAL 120 MG 84 KAP(rapor uygun değil (BMI = 39))	THINCAL; REÇETEDEN 100 KG OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN VE BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KİLO ALIMI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
16	LORVIQUA 100 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.Raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır (Madde 4.2.14.C/3).)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE

17	CAPCIDERM %0,075 45 G KREM(Ağrılı Diyabetik Periferik Polinöropati de endikedir.)	CAPCIDERM ; E-reçetede "Ağrılı Diyabetik Periferik Polinöropati" ibaresi bulunduğundan ödenmesine
18	TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET(Diyabetik periferik polinöropati / Diyabetik periferik nöropatik ..endikasyonlarında ödenir..)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(18 aydan büyük olduğu için kesildi)	INFATRINI;ASM'DEN ALINAN BEBEK İZLEM BELGESİNDE 9 KG ALTINDA OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
20	- ALATAB 600 MG 30 FTB(sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunmamaktadır.) - FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.)(rapor sut şartlarına uygun değil)	- ALATAB-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - FORZIGA; 10/04/2020 tarihli rapora göre ödenmesine.
21	LIORESAL 10 MG.50 TB.(raporda uygun tanı yok ve ilaç süresi dolmamış.)	LIORESAL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	- VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET(GÜNCEL DEĞER TARİHİ UYGUN DEĞİL.BİR ÖNCEKİ RAPORDAN KOPYALANMIŞ.) - SULINEX 75 MG XR 28 TB (SNRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	- VOXUS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - SULINEX ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	POSAGİL 100 MG GASTOREZİSTAN TABLET(Rapor açıklaması yetersiz.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunmamaktadır.)	26/03/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	INSPIRA 25 MG 30 FTB(Standart tedaviye ek olarak, kronik kalp yetmezliği (NYHA Sınıf II) ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (LVEF %30 ve altı) olan hastalarda kullanılır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR(TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır)	E-reçetede TSAT ≥ %20 ve/veya ferritin ≥ 100 µg/L olmadığından itirazın reddine.
27	RESOURCE DIABET CİLEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(Rapor uygun değil (iade sonrası düzeltme uygun şekilde yapılmamıştır).	RESOURCE; İADE SONRASI GENELLEME YAPILDIĞINDAN VE KESİN BİR HÜKÜM BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

28	• THINCAL 120 MG 84 KAP(Başlama tedavisi 04.10.2023 kilo:112 ve İDAME TEDAVİ RAPORU 08.02.2024 olup bu raporda Kilo:107 (12 haftada %5 kilo kaybı olmamış.!) İDAMEYE UYGUN DEĞİL. (İnceleme konusu reçete 3ncü 14.05.2024 raporda kilo 102kg.) HASTANIN İKİNCİ RAPORU İDAMAYE UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI)	• THINCAL; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	• TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET(reçetede periferik olduğu yazmıyor.) • JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN)(rapordaki doz girildi.) • COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB.(hasta idame hastası değil ve raporda 2 ldl sonucu olması gerekiyor.)	• TIPOATI-E REÇETEDEN UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • JANUMET-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • COLASTIN- RAPORDA TEK LDL SONUCU OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.

