

EYLÜL - EKİM-KASIM 2021 İTİRAZ KOM. ÇİZELGESİ

KESİNTİ GEREKÇESİ	İTİRAZ GEREKÇESİ	KARAR
Antax 1000 mg. oral toz içeren 90 şaşe; E- reçetede fosfor değeri ve ölçüm tarihi belirtilmemiş. Reçete tarihi ile uyumlu fosfor ölçüm sonucu istendi. 08.07.2021 tarihli fosfor değeri 3,21 olduğundan kesinti yapılması şeklinde eczacı tarafından mesaj gönderildi. (SUT Madde 4.2.9.B: Her reçetede fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmış tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu belirtilir. Fosfor düzeyi 3,5 mg/dl'nin altında olduğu durumlarda tedavi kesilir.)	Reçetenin yeniden değerlendirilmesi talebiyle itiraz edildi.	Katılım olmamıştır. Kesintinin devamı uygundur.
Crohn hastalığında adalimumab etken maddesinin flakon formları ödenmez olarak görüldüğü ve verilen ilacın enjeksiyonluk çözelti formu olduğu tespit edildiğinden geri ödeme yapılması gerektiği belirlenmiştir.	Kesintinin yeniden değerlendirilmesi gerekçesiyle itiraz edilmiştir.	Eczacının dilekçesinin pandemi nedeniyle ödeme sırasında ulaşmadığı ve görülmediği için evrak muhasebeleşmiştir. Sonradan eczacının dilekçesi incelenmiş ve HUMİRA ilacının enjeksiyonluk çözelti olması, flakon olmaması nedeniyle geri ödemeye karar verilmiştir.
Verxant S.C. Enj. için Flk; Raporunda ilk 5 hafta haftada bir, ondan sonra 4 haftada bir kullanılacağı belirtilmiş. Haftada bir girilen doz rapora göre düzeltildi. (SUT 4.1.3-) Rapora göre yapılan doz düzeltilmesiyle sistem tarafından otomatik olarak kesildiğinden kesinti oluşmuştur.	Kesintinin yeniden değerlendirilmesi gerekçesiyle itiraz edilmiştir.	Raporunda ilk 5 hafta, haftada bir ondan sonra 4 haftada bir kullanılacağı belirtilmiş. Haftada bir girilen doz rapora göre düzeltildi. Rapora göre yapılan doz düzeltilmesiyle sistem tarafından otomatik olarak kesildiğinden (SUT 4.1 yapılan kesintinin uygun olduğuna karar verilmiştir.
Laroxyl Tb.; *** nolu reçete ve **** tarihli e-rapor ile belirtilen kullanım, 3*1 doz olarak işlenmiş ve 3 kutu Laroxyl tb. verilmiştir. Raporlu ilaç olduğundan doz düzeltildiğinde, kesinti oluşmuştur.	Kesintinin yeniden değerlendirilmesi talebiyle itiraz edilmiştir.	Resmi Gazete 08/03/2017 ve 30001 sayılı yönetmeliğin dördüncü bölüm madde 13/6 ya göre itiraz karara bağlanmıştır.Yapılan kesintinin uygun olduğuna karar verilmiştir.

<p>Pradaxa 150 mg. İsimli ilaç için; arterial fibrilasyon tanısında ödeme şartı olan kriterler (ek risk faktörü ile birlikte varfarin kullanımı) medula sisteminden hastanın rapor ve ilaç kullanım bilgileri incelendiğinde tespit edilememiştir. İlaç bedeli ödenememiştir.</p>	<p>Raporda risk faktörü ve kullandığı ilaçlar doktor beyanı ile mevcuttur. Ayrıca e- nabızdan Ocak 2020 tarihine ait hipertansiyon tanısı ile 3 kutu Coversyl plus 5 mg ilaç 3 kutu bilgisi de mevcuttur. Belgeleri ektedir. SUT'a uygundur. Kesintinin iptalini istiyorum.</p>	<p>Kesinti konusunda oy birliği sağlanamamıştır. İtiraz Üst Komisyonuna gönderilmesine karar verilmiştir.</p>
<p>CINESET 60 MG 28 TB.; "SUT'un 4.2.9.Ç/1 maddesine göre kalsiyum değeri 8,5 dan büyük veya eşit olduğunda tedaviye başlanabilir. Hastanın raporundaki değer 8,15 olup uygun değildir. Diğer reçetede ki URSACTİVE 250 MG. CAP. için endikasyon uyumu aranmaktadır.İlaç raporsuz verilmiş olup reçete tanısında ilgili endikasyon bulunmamaktadır."Gereğesi ile kesinti uygulanmıştır.</p>	<p>"CINESET 60 MG 28 TB. Pth değeri 1324 olduğundan verilmiştir.URSACTİVE 250 MG. CAP. için de tanıya safra taşı yazılmadığından, fakat hasta böbrek nakilli safra taşı olduğu doktor tarafından yazılı beyanda bulunmuştur." Şeklinde dilekçe ile itiraz edilmiştir.</p>	<p>CINESET 60 MG. 28 TB. için kesintinin devamına,URSACTİVE 250 MG. CAP.diger reçetenin iadesine karar verilmiştir.</p>