

25.01.2018 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	NUTRISON MULTI FIBRE 500 ML (515 KCAL) (RAPORDA GÜNLÜK ALMASI GEREKEN KALORİ MİKTARINA GÖRE DOZ DÜZELTİLDİ)	NUTRISON MULTI FIBRE 500 ML (515 KCAL) ; RAPORA EKLENEN KCAL (2000 KCAL) GÖRE ÖDENMESİNE
2	LANTUS SOLOSTAR 100 IU 5 KAR (OPTİPEN) (RAPORDA DOZ 1*40 REÇETEDEN 2*40 VERİLMİŞ)	LANTUS SOLOSTAR ; GELEN GÖRÜŞE GÖRE 1*40 ÜNİTEDEN ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE
3	RESOURCE JUNIOR ÇİLEK 200 ML (300 KCAL) (HASTANIN UYGUN OLAN RAPORUYLA EŞLEŞTİRİLDİ)	RESOURCE JUNIOR ÇİLEK 200 ML (300 KCAL) ; 13.04.2017 TARİHLİ VE 6 AY SÜRELİ RAPORLA EŞLEŞTİRİLDİĞİNDE RAPOR SÜRESİ BİTİMİNE KADAR ÖDENDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE)
4	BENVİDA 100 MG 56 FTB (VİMPAT 100 MG 56 FTB) (SUT MADDE 4.2.25/25/4 (LAKOZAMİD;.....) BAHSİDİLEN DURUMUN HASTADA OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ. AYNI GEREKÇE İLE RAPOR İADE EDİLDİ. İADE SONRASI ECZANE TARAFINDAN 10.10.2017 TARİH VE 4369448 NUMARALI RAPOR GÖNDERİLDİ. ANCAK İADE GEREKÇESİ DEÜZELTİLMEDİ)	BENVİDA 100 MG 56 FTB ; İADE SONRASI REÇETE İLE İLİŞKİLİ 23.12.2016 TARİHLİ RAPORDA DÜZELTME YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE)
5	(KAĞIT REÇETE YOK)	KAĞIT REÇETE EKSİKLİĞİ GİDERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE)
6	RESOURCE JUNIOR FIBRE ÇİKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (MAMA HATALI VERİLMİŞ)	RESOURCE JUNIOR FIBRE ÇİKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL) ; KAĞIT REÇETEDEN RESOURCE JUNIOR YAZILI OLDUĞU HALDE EŞDEĞER OLMAYAN FORMU VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
7	RESOURCE 2.0 VANİLYA AROMALI 200 ML (400 KCAL) (RESOURCE 2.0 ALZHEIMER HASTALIĞINDA G30.9 ICD-10 KODU İLE MUAF DEĞİLDİR. KATILIM PAYI KESİLİR)	RESOURCE 2.0 VANİLYA AROMALI 200 ML (400 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	(KAĞIT REÇETEDEN HASTA İSMİ İLE SİSTEMDEKİ İSİM UYUMSUZ)	T.C. KİMLİK NUMARASINDAN HASTA ADINA GİRİLEN REÇETENİN H. GÜVEN'E AİT OLDUĞU TESPİT EDİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
9	ON CALL PLUS BLOOD GLUCOSE 50 STRIP (KÜPÜRLER EKSİK)	ON CALL PLUS BLOOD GLUCOSE 50 STRIP ; KAREKOD İŞLEM İZİN BUTONU KULLANILARAK İŞLEM YAPILMASINA
10	EPDANTOİN 100 MG 100 TB (RAPORDAKİ DOZU=3 GÜNDE 3*1 DİR. YANİ GÜNDE 1*1)	EPDANTOİN 100 MG 100 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	COVERAM 5 MG + 5 MG 30 FTB. (REÇETE YOK)	COVERAM 5 MG + 5 MG 30 FTB ; KAĞIT REÇETE EKSİKLİĞİ GİDERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
12	ATEROZ 10 MG 30 FTB (LDL TARİHİNE GÖRE SON 1 YIL İÇİNDE 6 AYDAN FAZLA ARA VERDİĞİ İÇİN KESİLDİ)	ATEROZ 10 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	URSACTIVE 250 MG 100 KAP. (ENDİKASYON DIŞI KULLANIM)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	FORTİNİ MULTI FIBRE ÇİLEK 200 ML (300 KCAL) (HASTA RAPORUNDA AYDA 120 ADET KULLANILACAĞI BELİRTİLMİŞ)	FORTİNİ MULTI FIBRE ÇİLEK 200 ML (300 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
15	LIFECHECK SMART TD-4360 KAN ŞEKER ÖLÇÜM STRİBİ (FATURA EKİNDE 2 ADET KÜPÜR BULUNMAKTADIR)	LIFECHECK SMART TD-4360 KAN ŞEKER ÖLÇÜM STRİBİ ; KAREKOD İZİN İŞLEM BUTONU KULLANILARAK İŞLEM YAPILMASINA
16	FUNGAN 150 MG 2 KAPSÜL (RAPORSUZ, AYAKTAN VEYA YATAN REÇETESİ "263-VAGİNAL KANDİDİYAZİS" VE "261-DERMATEMİKOZ" REÇETE TEŞHİS KODU İLE ÖDENİR)	FUNGAN 150 MG 2 KAPSÜL ; RAPORSUZ E-REÇETEDEN DERMATOMİKOZ TEŞHİSİ OLMADIĞI HALDE 261 TEŞHİS KODU GİRİLEREK KARŞILANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE