

REÇETE KARŞILANIRKEN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOTLAR 1

1- SİSTEMİN UYARI KODUYLA ÖDEDİĞİ İLAÇLAR

- 1- UROCARE vs.
- 2- FACTIVE , AVELOX vs.
- 3- D VİTAMİNİ PREPARATLARI
- 4- BIZMOPEN
- 5- ANDAZOL
- 6- ENFLUVİR
- 7- KİNZY
- 8- DETRUSİTOL vs.
- 9- UROCİT-K
- 10- MİNİRİN MELT
- 11- PRİLAM DR
- 12- FİXDUAL , LEVMONT vs.
- 13- ANRECTA
- 14- NEXETİN

NOT: E-Reçetelerde teşhis kodları sistem tarafından kontrol edilmektedir ama kâğıt reçetelerde bu kontrolün eczane tarafından yapılması gerekmektedir.

2- UYARI KODU İSTEMEYEN ANCAK ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇLAR

- 1- URSACTIVE
- 2- LAMİCTAL
- 3- MYFORTIC
 - Endikasyon uyumuna göre Deksametazon + Siklosporin kombine kullanımı gerekmektedir. Deksametazon veya Siklosporinden birini kullanıyorsa 272 koduyla ödenmektedir fakat 272 koduyla reçete karşılanırken ilgili uzman hekim tarafından yazılması gerekmektedir.
- 4- TREVİCTA
- 5- DULOX
- 6- TRELEGY
 - Trelegy 100 Astım tedavisinde raporlu veya raporsuz uzun etkili beta-2 agonist ve orta doz inhale kortikosteroid kombinasyonu ile yeterince kontrol edilemeyen ve önceki yıl bir veya daha fazla astım alevlenmesi yaşayan erişkin hastaların tedavisinde göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları uzmanları tarafından reçete edilebilir.
 - KOAH Tedavisinde Raporlu olarak en az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) veya en az 3 ay süreyle, uzun etkili

solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve uzun etkili antikolinerjikler (LAMA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların ilgili uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

- Trelegy 200 sadece astım tedavisinde ödenir. Flutikazon furoat 100 mcg + umeclidinium vilanterol veya uzun etkili beta-2 agonist ve yüksek doz inhale kortikosteroid kombinasyonu ile yeterince kontrol edilemeyen ve önceki yıl bir veya daha fazla astım alevlenmesi yaşayan erişkin hastaların idame tedavisinde göğüs hastalıkları ve alerji uzmanı tarafından reçete edilebilir.

7- KOLSİN

8- ANTI ASIDOZ

9- RADYAFORMASÖTİKLER (OPAXOL vs.)

10- FEMERA

11- VALTRES

12- BENEDAY ve Türevleri

13- COLİDUR FORTE

- Hepatik ensefolapati teşhisinde ödeniyor fakat reçete ya da rapor açıklamasında intestinal aşırı çoğalma yazması gerekiyor çünkü endikasyonu aşırı bakteri çoğalması kaynaklı hepatik ensefolapati.

14- PREGABALİN

15- NEURONTİN