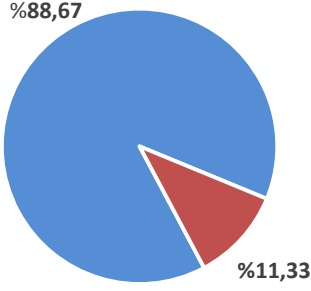


11.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=53

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
47

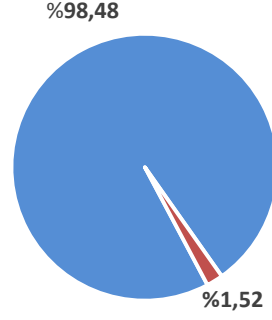


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
6

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

11.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
4 325 483,17 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
67 143,3 ₺

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

02.05.2025 TARİHLİ 11.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL (hasta geçmişinde raporda yazan bevasizumab kullanımı yoktur) - EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL (başlangıç için gereken yükleme dozu hasta geçmişinde yoktur)	- EYLEA- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - EYLEA- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
2	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (< -2SD), olmalıdır)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	DEVIT-3 AMPUL (reçetede GIS bozukluğu yazılmamıştır. Böyle olmasına rağmen bu şekilde kod girilmiş.)	UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML. (RAPORDAKİ DOZU=1*40 IU / ML	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	- FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. (atolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde T değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda,) - PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPORDA LDL DEĞERİ MEVCUT DEĞİL.)	- FOSAVANCE ; EKLENEN KMY ÖLÇÜMÜ BELGESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - PRATIN- RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.

6	VASTAREL MR 35 MG 60 FTB (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (Tedaviye yanıt alındı ise bu durumun raporda belirtilmesi durumunda altı aylık ikinci rapor düzenlenebilir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	DAFANIB 70 MG FILM KAPLI TABLET (60 TABLET) (çoklu ajanlı kemoterapi şemaları ile birlikte kullanımı halinde ödenir)	DAFANIB ; HASTANEDE KEMOTERAPİ İLACI KULLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
9	RYZODEG FLEXTouch 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM) (RAPOR KRİTERLERİ UYGUN DEĞİLDİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (13/11/2020 tarihli raporda GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 1000-1500 KCAL/GÜN DÜR abound 3x1,KULANMASI UYGUNDUR. yazılı aynı hastanın 30/09/2020 tarihli raporunda günlük kalori ihtiyacı 1200kcal/gün olarak belirtilmiş iki farklı raporla farklı beslenme solusyonu verilmiş erişkinlerde 1200kcal olarak ödenmektedir)	SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPORLARDA 1200 KCAL SINIRLAMASI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
11	VERXANT 150 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (Siklosporin, methotreksat veya PUVA gibi geleneksel sistemik tedavilere yanıt vermeyen veya bu tedavileri tolere edemeyen ya da bu tür tedavilerin kontrendike olduğu hastalarda kullanılır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	XARELTO 20 MG 28 FTB (Sağlık kurulu raporunda belirtilmek kaydıyla; inme veya geçici iskemik atak öyküsü, >= 75 yaş, kalp yetmezliği NYHA Sınıf >= II, diabetes mellitus veya hipertansiyon durumlarından bir ya da daha fazlasına sahip olan hastada kullanılır.Hastada bu durumlara ait rapor yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	- VISCAP 30 MG 28 FTB (hasta ilaca ara vermiş ve yeniden başlama kriterlerine uymuyor, reçetede güncel sonuçlar da belirtilmemiş.) - RESOURCE PROTEIN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL) (raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	- VISCAP; REÇETE ÖNCESİNDE 2 AYLIK BİR İLAÇ ARASI BULUNMAKTADIR.EKLENEN GÜNCEL TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. - RESOURCE PROTEIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

14	CRESTOR 20 MG.28 TABLET (Idl değeri rapora eklenmelidir)	ROSUVASTATİN 20 MG İÇİN RAPORU DÜZENLEYEN HEKİMİN BRANŞI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	- SYNAGIS 50 MG/0,5 ML IM ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 1 FLAKON (gebelik haftası uygun olmadığı için kesildi.) - LENOM 25 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL) (rapor sut şartlarına uygun değil)	- RSV sezonunda takvim yaşı 12 aydan küçük olup gebelik yaşı 29 0/7 haftadan küçük olanlarda verilebileceğinden ve gebelik haftası 28 olduğundan ödenmesine. - LENOM; Rapora ekleme yapılmıştır , Deksametazon hastanede uygulandığından ödenmesine.
16	URSOVEF 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET (ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇ, E-REÇETEDE YETERLİ BİLGİ BULUNMAMAKTADIR.)	SAFRA TAŞI TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
17	- PROZAC 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) (rapordaki doz 2*1 ancak 3*1 olarak reçetelenmiş) - NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (20/12/2023 tarihli rapor çıkarıldığında rapor dozu 3*30ıu olarak çıkarılmış doktor 3*16 olarak reçetelemiş daha sonraki tüm reçeteler 3*40ıu veya 3*50ıu olarak yazılıp fazla miktarda insulın verilmiş 2025 yılında çıkarılan son diyabet raporundaki doz da 3*30ıu)	- PROZAC-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - NOVORAPID FLEXPEN-RAPORDAKİ 3*30 Ü DOZUNA GÖRE ÖNCEKİ VERİLEN REÇETE DOZLARI DÜZELTİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
18	- LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.AYRICA GENEL ÖDEME ŞARTI YAZIYOR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞINI BELİRTMİYOR.) - EUTHYROX 100 MCG 50 TAB (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	- LIXIANA ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - EUTHYROX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	PEPTAMEN JUNIOR 1,5 KCAL VANILYA AROMALI 24X200 ML (7248KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD), ise bedeli ödenir)	E88.8 TANISINDA ÇOCUK HASTALARDA MALNUTRİSYON ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE

20	- EYLEA- (Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.bir önceki raporla aynı ve yeni değer yok.Bevasizumab yüklemesi yok.) - HEPAGARD - (HBsAg (+) hastalarda veya HBsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBc pozitifliği durumlarında kullanılır.) - LUCENTIS - (Bevacizumab yükleme dozuyla ilgili açıklama yok.Tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumu belirtilmemiş..4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.)	- EYLEA- EYLEA TEDAVİSİNE 2016 YILINDA BAŞLANDIĞINDAN BEVACİZUMAB YÜKLEMESİNE GEREK OLMASIZIN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - HEPAGARD - RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. - LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	- RIVOKSAR- (Rapor uygun değil. Genel ifadeler kullanılmış, durum tespiti yapılmamış.) - LUCENTIS -(OCT değerleri çelişkili (03.02.2025-12860 sol göz ?) ayrıca yanıt değerlendirilmesi yapılmamış.) - EYLEA -(10.02.2025 tarihli rapordaki OCT bilgileri çelişkili, yanıt değerlendirmesi yok.) - EYLEA - (Yanıt değerlendirmesi yok.) - SANDOSTATIN-LAR- (Rapor bilgileri eksik (SUT Ek-4/F-21) - LUCENTIS - (Yanıt değerlendirmesi yok.) - EYLEA- (OCT önceki raporla uyumsuz, yanıt değerlendirmesi yok.) - LUCENTIS - (Yanıt değerlendirmesi yok.) - LUCENTIS - (Yanıt değerlendirmesi yok.)	- RIVOKSAR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - EYLEA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - EYLEA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - SANDOSTATIN-LAR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - EYLEA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	- LUCENTIS - (Rapor uygun değil SUT.2.33.A-(2)) - LUCENTIS - (Rapor uygun değil. Yanıt değerlendirmesi yapılmamış.)	- LUCENTIS - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - LUCENTIS - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
22	ANDAZOL 200 MG 40 FILM KAPLI TABLET (BELİRTİLEN ENDİKASYONA UYGUN DOZ DEĞİLDİR.)	ANDAZOL-İADE EDİLMESİNE
23	- JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (rapor sut şartlarını karşılamıyor) - VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (hastanın ilaç değişim nedeni raporda belirtilmediği için kesildi.)	- JARDIANCE -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - VOXUS- REÇETEYLE İLGİLİ RAPORDA GÜNCEL HBS AG DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN VE İLAÇ DEĞİŞİMİ RAPORUNDA İSE HBV DNA NIN 10 KAT YÜKSELDİĞİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
24	VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET (Obinutuzumab ile kombinasyonunda (endikasyon dışı belge olsa da) SUT'a göre 17p delesyonu, TP53 mutasyonu, CD38 pozitifliği, ZAP70 pozitifliği veya immunoglobulin variable bölge mutasyonu yokluğu özelliklerinden herhangi birini taşıması gerekli (hem de kombinasyon olarak kullanılmamış)	VENCLYXTO ; SUTTA GEÇEN MUTASYON VEYA DELESYONLAR İLACIN KÜB ÜNDE BELİRTİLDİĞİNDEN VE ÇALIŞILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
25	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL) (sut hükmüne göre 75 yaş üstü için vki değeri 22 altında olmalı hastanın hesaplama göre 28 çıkmıştır)	RAPORDA SON 6 AYDA %5TEN FAZLA İSTEMSİZ KILO KAYBI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
26	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (LOKAL İLERİ EVRE HASTA DA 2.BASAMAKTA KULLANIMI BAŞLAMIS.)	LETU; 2021 YILINDA LOKAL İLERİ EVREDE İLK ENDOKRİN TEDAVİ İLE BAŞLANILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
27	CORALAN 5 MG 56 FTB (RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	CORALAN-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
28	GONAL-F 300 IU KUL.HAZIR ENJ.KALEMI (sut genelgesinde gonol f, ovitrell ile birlikte kullanıldığı zaman bedeli ödenmez)	GONAL-F Kombine FSH-LH preparatı olmadığından ödenmesine.
29	CLOGAN 75 MG 28 FTB (Reçetede ödeme koşullarını sağlayan bilgi yok (SUT 4.2.15.A)	CLOGAN- RAPORSUZ VERİLEBİLMESİ İÇİN HERHANGİ BİR İŞLEM YAPILMAMIŞ. TABURCU REÇETESİ DEĞİL. İTİRAZIN REDDİNE.
30	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (Rapor dozuna düzeltildi.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

31	FORPACK 12/400 MCG DISCAIR INHALASYON ICIN TOZ (60 DOZ) (LABA+IKS) (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	20/01/2025 TARİHLİ GÜNCEL RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
32	- RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL) (malnutrisyona eşlik eden hastalık bulunmamaktadır.) - ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (malnutrisyona eşlik eden hastalık bulunmamaktadır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	SYNJARDY 5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.+METFORMIN)) (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
34	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (raporda devam kriteri belirtilmemiş.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

