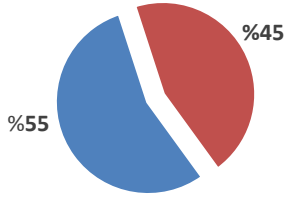
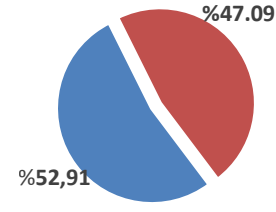


37.İTİRAZ KOMİSYONU**GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=20****ÖDENEN DOSYA
SAYISI****11****ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI**
9

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

37.İTİRAZ KOMİSYONU**ÖDENEN TUTAR****356 122,98 ₺****ÖDENMEYEN
TUTAR**
316 901,99 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

11.12.2025 TARİHLİ 37.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- LIPITOR 20 MG.30 TB. (İdl tahlil tarihinden sonra ilaç kullanılmadığı için kesildi) - LIPANTHYL 267 M 90 KAP (trigliserit tahlil tarihinden sonra ilaç kullanılmadığı için kesildi) - GOLD FINE PLUS INSULIN KALEM IGNE UCU 32GX4MM (günlük kullanılan insüline göre kesinti yapıldı)	- TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - ÖRNEKLEME LİSTESİNDE OLDUĞUNDAN TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR. - İNSÜLİN KULLANIMINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
2	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (Hastanın raporundaki insülin aspart dozu günde 100 U(2*50) fakat reçeteye günde 126 U girilmiştir. Raporu uygun olarak insülin dozu günde 100 U'ye düşürülünce sistem 2 kutu novorapid flexpen'den 1 kutuyu kesmiştir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	ESPEROCT 1500 IU ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN TOZ VE COZUCU (e-reçete ilaç açıklamasında 1 aylık profilaksi ibaresi mevcut)	E-reçetede 1 aylık profilaksi ifadesine göre 12 kutu ödenmiştir. İtirazın reddine.
4	EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET (Rapor dozu 1*1'dir. İlaç alım tarihinde hastanın elinde 50 mcg.lık formu mevcuttur ve doz karşılanmıştır. Doz aşımından dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

5	- HUMIRA -(Hasta bu raporla tedaviyi "İdame tedavi" olarak almaktadır. Rapor dozuna istinaden (2 Haftada 1*40 mg) olacak şekilde yeniden kaydedildiğinde 1 kutu sistem tarafından ödeme dışı bırakılmıştır.) - INFATRINI -("5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık <-2SD olduğunun Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplandığının raporda belirtilmesi gerekir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	- RAPORDA GÖRE 2 HAFTADA 1*1 OLARAK GİRİLDİĞİNDE RAPOR BİTİŞ SÜRESİNE KADAR 3 KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	ALATAB 600 MG 30 FTB (sisteme girilen uyarı kodu reçetede bulunmamaktadır.)	17/07/2025 tarihli rapora göre ödenmesine.
7	MATOFIN 500 MG 100 XR TB (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (Bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan veya renal yetmezlik nedeniyle bifosfonatları kullanamayan osteoporozlu hastalardan ODENIR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	RESOURCE JUNIOR FIBRE CIKOLATA AROMALI 200 ML(300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda ODENIR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	REAMPLA 125 MG FILM KAPLI TABLET (21 FILM TABLET) (rapor sut şartlarını karşılamamaktadır.)	RAPOR SUTA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
11	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL) (raporda ilacın adı bulunmamaktadır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	RESOURCE JUNIOR FIBRE CILEK AROMALI 200 ML(300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda ODENIR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (Raporda SD veya VKİ değerleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplandığı belirtilmelidir.)	RAPORDA DSÖ KRİTERLERİNE GÖRE HESAPLANDIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

14	• REVOLADE 25 MG 14 FTB (Revolade için; Hastanın raporu SUT'un 4.2.27.D.1 maddesindeki Eltrombopag kullanım koşullarını karşılamadığı için ödenmez.) REVOLADE 50 MG 14 FTB (Revolade için; Hastanın raporu SUT'un 4.2.27.D.1 maddesindeki Eltrombopag kullanım koşullarını karşılamadığı için ödenmez.) • REVOLADE 50 MG 14 FTB-(Bu reçete hastanın idame tedavisidir ve aplastik anemide idame tedavisinde trombosit sayısı 20000'in altına düşerse tedavi kesilir.Hastanın bu reçetesine dayanak olan raporu için 14.09.2025 tarihinde ölçülen trombosit sayısı 20000'in altında(16000) olduğu için Revolade ödenmez.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİ OLDUĞUNDAN TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİME.
15	• OCTAGAM 5 G/100 ML IV INFUZYONLUK COZELTİ(5 GR) (Hasta kaydında 21.11.2025 e kadar 10 gramlık form mevcut olup 3 haftada 15 grama göre doz değiştirildiğinde otomatikman oluşan kesinti)	• 7 GÜNLÜK ERKEN ALIN SON BİTİŞ TARİHİNE EKLENMİŞTİR. ÖDENMESİNE.
16	• ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ("Rapor, Sut koşullarına uygun değildir. Diğer raporu ile işlem yapılmak istendiğinde sistem kayda izin vermemektedir." Bu sebeplerden ötürü ödeme dışı bırakılmıştır.)	• Raporda orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmadığı belirtilmediğinden itirazın reddine.

