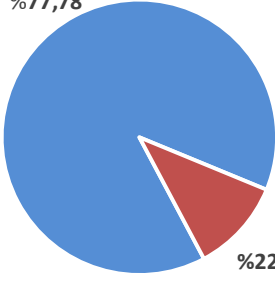


12.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=27

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
21

%77,78



ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
6

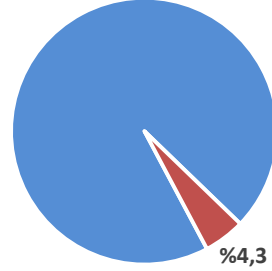
%22,22

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

12.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
939 361,06 ₺

%95,7



ÖDENMEYEN
TUTAR
42 224,64 ₺

%4,3

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

08.05.2025 TARİHLİ 12.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	HUMALOG KWIKPEN 100IU/ML SC KULLANIMA HAZIR COZELTI ICEREN ENJEKSİYON KALEMİ (GUNCCEL RAPORA ISTINADEN RECETEDEKİ ILAC DOZU DUZELTİLDİ.) AYSETFINE INSULIN KALEM İGNESİ 31G (0,25X6MM) (RAPORDAKI DOZA İSTINADEN RECETE DOZU DUZELTİLDİ.)	GÜNCEL RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
2	LETRASAN 2,5 MG 30 FTB (ENDİKASYON UYUMU İÇİN RAPORDA HASTALIĞIN EVRESİ YOK.)	HASTALIĞIN EVRESİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
3	UREPIAL LIPO %10 DERİYE UYGULANACAK EMULSİYON 200 G (RECETEDE "3 AYLIK DOZ" İFADESİ YAZILI.HASTA 30.01.2025 VE 17.03.2025 TARİHLERİNDE AYNI ECZANEDEN İLAC ALMIS.DOZ AŞIMI.)	UREPIAL LIPO; RAPORA YAPILAN EKLEMeye VE DİĞER REÇETELER İLE İLGİLİ DOKTORDAN ALINAN GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
4	RESOURCE JUNIOR FIBRE CİLEK AROMALI 190 ML(285 KCAL) (RAPORDA HASTANIN VKI'NİN -1.64 OLDUĞU BELİRTİLMİŞTİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	TRIO 6X14 BLISTER TEDAVI PAKETİ (Helicobacter Pylori eradikasyonu ve duodenal ülser tedavisinde endike amoksisilin trihidrat, lansoprazol ve klaritromisin etken maddelerini içeren tedavi paketidir.)	TRIO; SUT UN EK-4/E ;Madde 13/19 MADDESİ DANIŞTAYIN YÜRÜTMeyİ DURDURMA KARARI İLE KALDIRILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

6	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (Ranibizumab etken maddeli ilaçta yükleme dozu; 4-6 hafta arayla ardışık 3 doz uygulamadır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE TEDAVİ 2015 YILINDA BAŞLADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
7	KOMPLIA 10 MG SERT KAPSUL (21 ADET) (dexametazonla beraber kullanım görülmemiştir)	KOMPLIA; İTİRAZ DİLEKÇESİ EKİNDEKİ HASTANE EPİKRİZİNE VE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	SULINEX 37,5 MG XR 28 TB (SNRI) (rapordaki doza göre ödenmedi)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	- GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - ADEMPAS 2,5 MG 42 FILM KAPLI TABLET ((DSÖ) Grup 4 ve yalnızca inoperabl veya cerrahi tedavi sonrasında dirençli/nükseden KTEPH'li erişkin hastalarda ödenir.) - GALVUS MET 50/850 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.)	- GALVUS MET- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - ADEMPAS- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - GALVUS- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
10	- SECITA 15 MG 28 FILM TABLET (SSRI) (Raporda belirtilen dozda ödendi.) - ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML S.C. ENJEKSİYON ICIN COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (nötropenide ödenir.)	- SECITA 15 MG- RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - ZIEXTENZO-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	- ZIVER 3 MG TABLET (20 ADET) (yazılan doz tekrar edilse bile ilacın 10 tb lik form tedavi için yeterli olduğundan 20 tb bedeli ödenmedi.) - DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL (hasta oral oksibutinin kullanmamış.)	- ZIVER 3 MG; E-REÇETEDKİ DOZA GÖRE 10 LUK FORM VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. - DETRUSITOL- REÇETEDKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.

12	- FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) OLMALIDIR.) - FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) OLMALIDIR.)	- FORTINI MULTI FIBRE - Raporda boy ve kilo gelişimi <-2 sds altında olduğu belirtildiğinden ödenmesine. - FORTINI MULTI FIBRE- - Raporda boy ve kilo gelişimi <-2 sds altında olduğu belirtildiğinden ödenmesine.
13	- UROREC 8 MG 30 KAPSUL (RAPORDAKI ILAC DOZUNA ISTINADEN RECETE DOZU DUZELTILDI.) - RINA FINE INSULIN KALEM UCU 32 G 4 MM (GUNLUK INSULIN KULLANIMI 2*1 RECETE DOZU DUZELTILDI.)	- UROREC 8 MG- RAPOR DOZUNA VE SÜRESİNİN BİTİMİNE GÖRE 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE. - RINA FINE; İNSÜLİN KULLANIMINA GÖRE 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE
14	- XARELTO 20 MG 28 FTB (Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.) - FORADİL COMBI -(LABA+IKS)(Rapor dozu olan 2*1'e göre kaydedildiğinde 1 kutu sistem tarafından ödeme dışı bırakılmıştır.) - BARAVİR 1 MG FILM KAPLI TABLET (Rapor, Sut'un 4.2.13.1.2 bendindeki "İmmünsupresif ilaç tedavisi, sitotoksik kemoterapi, monoklonal antikor tedavisi uygulanmakta olan hastalarda tedavi" kısmına uygun değildir.)	- XARELTO-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - FORADİL COMBI- 03/06/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - BARAVİR -KEMOTERAPİYE SONRADAN BAŞLANILDIĞINDAN VE SUTUN 4.2.13.1.2-1. MADDESİNE GÖRE 0,5 MG ENTEKAVİR KULLANMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
15	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF) (Rapordaki başlangıç ve güncel değerlere göre BASDAİ'de 2 birimden daha az düzelme olduğu görülmüş olup yeterli cevap alınamadığı için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	ALIPZA 4 MG FILM TABLET (HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMIS ESKI LDL DEGERI ILE ODENMEZ.)	RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.

17	• OLFREX 10 MG 28 TABLET (RAPORDAKİ DOZU=8 MG / GÜN)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	• NOVAQUA TEK DOZLUK GOZ DAMLASI 30 FLK (RAPORDAKİ DOZ=1*1) • JANUMET 50/850 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMİN) (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	• NOVAQUA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • JANUMET-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

