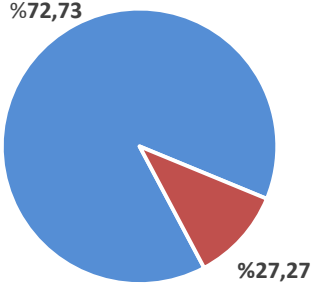


9.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=66

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
48

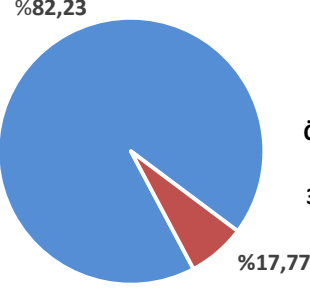


■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
18

9.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
1 652 140,78 ₺



■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

ÖDENMEYEN
TUTAR
357 227,23 ₺

10.04.2025 TARİHLİ 9.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	LIPITOR 10 MG.90 TABLET (REÇETEYE ESAS 24.12.2024 RAPORDA GÜNCEL LDL DEĞERİ YOKTUR, İDAME KRİTERİNE UYGUN DEĞİLDİR (ÖNCESİNDE MEDULA SİSTEMDE KAYITLI STATİN RAPORU GÖRÜLMEDİ)	LIPITOR-DAHA ÖNCE RAKLI BİR YUPASS NUMARASI İLE RAPOR LDL VE İLAÇ KULLANIMI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
2	THINCAL 120 MG 84 KAP (12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'inin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir.)	THINCAL- %5 TEN FAZLA KİLO KAYBI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	- LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (Rapor uygun değil SUT 4.2.33-(4)-(5).) - LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (Rapor uygun değil SUT 4.2.33-(3)-(4)-(5)) - PLAVIX 75 MG 28 FTB (Rapor uygun değil SUT 4.2.15.A) - VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET) (Rapor bilgileri eksik/uygun değil SUT 4.2.14.C.3- ddd)-1)	- LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - LUCENTIS - İLK LUCENTIS RAPORU VE OCT ÇEKİMİ BEVACİZUMAB SONRASI 4-12 HAFTA ARASINDA YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - PLAVIX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - VALAMOR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

4	SPIRACT 18 MCG INHALASYON TOZU (30 KAPSUL) (LAMA) (en az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) kullanılmalı (rapor öncesi de LABA/LAMA/İKS kombinasyonu kullanılmış)	SPIRACT-RAPOR ÖNCESİ İLAÇ ALIMI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
5	ZIVER 3 MG TABLET (20 ADET) (5+5 şeklinde 10 tablet kullanılıyor. 20lik ödenmez.	ZIVER ; E-reçetede tedavi şemasına göre itirazın reddine.
6	LIPITOR 20 MG.30 TB. (HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEGERİ İLE ODENMEZ.)	RAPORA EKLENEN 21.01.2025 TARİHLİ LDL HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
7	- VIDAPTIN MET 50 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET) (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - DAPLIG 10 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (SGLT2 INH.) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.)	- VIDAPTIN- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - DAPLIG VE SNOXX-MET- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - TRAJENTA- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - FORZIGA; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
8	VOLTERRA 30 MG 50 FTB (Reçetede 275 uyarı kodu ile ilgili bilgi yok (SUT EK-4/F Madde-45))	REÇETEDE UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	ANDAZOL 200 MG 40 FILM KAPLI TABLET (bağırsak paraziti tanısı ile tedavi dozu 1*2 ve 2 HAFTA SONRA TEKRAR. şeklinde düzenlendiği için (bu tedavi protokolu Ascariasis, Enterobiasis (Oxyuriasis), Kancalı kurt hastalığı (N.americanus, A.duodenale), bu kullanım dozuna göre 40 tb lık form verilemez aile tedavisi tek kişiye yazılamaz)	ANDAZOL-İADE EDİLMESİNE.

10	- JANUMET 50/500 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) (RIVOCLON 2 MG 30 TABLET) (raporda uygun ıcd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış.) - JANUMET 50/850 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.)	- JANUMET ; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. (RIVOCLON- ERKEN ALIM OLDUĞUNDAN RAPORSUZ VERİLEMEMEKTEDİR. İTİRAZIN REDDİNE. - JANUMET- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - JARDIANCE- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
11	GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA) (hasta kombinasyon tedavi alıyor ve sutta belirtilen ilaçları daha önce kullanmamış.)	GLINIUM-2023 MART AYINDAN BERİ İDAME OLARAK KULLANILDIĞINDAN RAPOR AÇIKLamasına GÖRE ÖDENMESİNE.
12	UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB (Ödeme koşulları için uygun ICD ve açıklama yok.)	UROCIT-K-RAPORSUZ REÇETELERDE GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞÜNE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	NATYSIN 5 MG 30 FTB (Reçetede 275 uyarı kodu ile ilgili bilgi yok.)	UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL (İlgili açıklama reçetede yok.275)	UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (<-2SD) OLMALIDIR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	SAFRAX 250 MG 100 KAPSUL (Reçetede prospektüs endikasyonlarını karşılayacak bilgi/teşhis yok)	SAFRAX; Reçete tanısı uygun olmadığından itirazın reddine.
17	XAGRILYN 0,5 MG SERT KAP (RAPORDAKİ DOZU=2*1)	XAGRILYN; REÇETE ÖNCESİ İLGİLİ RAPORDAKİ DOZ AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

18	- JANUMET 50/850 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamıştır.) - JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamıştır.) - CORALAN 5 MG 56 FTB (Beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem intoleransı veya kontrendikasyonu olan hastalarda ödenir.)	- JANUMET VE JARDIANCE; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - CORALAN- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	- JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.) (hasta daha önce Metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - ELIGARD 22,5 MG ENJ.COZ.ICIN SIRING (Hormonal müdahaleye uygun ilerlemiş prostat kanseri tedavisinde kullanılır.)	- JARDIANCE- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - GALVUS- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - JANUVIA VE FORZIGA - RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - ELIGARD- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	- ENJEKTOR 5 CC (HASTA 31.05.2024 TARİHİNDE MULTISEF FLK. , 24.06.2024 TARİHİNDE IESEF FLK.ALMIS.EHU ONAYI YOK.) - IESEF 1 G IM ENJEKSİYONLUK COZELTI TOZU (HASTA 31.05.2024 TARİHİNDE MULTISEF FLK. , 24.06.2024 TARİHİNDE IESEF FLK.ALMIS.EHU ONAYI YOK.)	IESEF;ARA VERİLEREK 3 GÜNLÜK DOZ AŞILMADAN VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

21	SNOXX-MET 2.5 MG/850 MG FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
22	UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB (Raporda veya reçetede yeterli açıklama yok.En az bir kez girişimsel (ESWL veya cerrahi) tedavi uygulanmış rekürren böbrek taşı olan ve idrar Ph değeri 6,5 ın altındaki hastalarda ödenir.)	UROCIT-K-RAPORSUZ REÇETELERDE GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞÜNE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	ACTEMRA 162 MG/ 0,9 ML SC ENJ. COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR (BIYOLOJİK AJAN) (kortikosteroid kullanımı ile ilgili raporda çelişkili ifade mevcuttur)	ACTEMRA;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
24	MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL (275 KODU İLE VERİLMİŞ ANCAK E-REÇETEDE BÖYLE BİR BİLGİ BULUNMAMAKTADIR.)	UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (hasta ilaca ara vermiş ve hg değeri uygun değil.)	ARANESP - E- reçetedeki başlangıç hbg değeri 10 gr/dl altında olmadığından itirazın reddine.
26	INSPIRA 25 MG 30 FTB (EK 4/F-58 SUT ŞARTLARINI KARŞILAMAMAKTADIR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	CORIVA 18 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 KAPSUL) (LAMA) (Aynı eczane tarafından 31.12.2024 / 3APA2TW reçete ile LABA+IKS verilmiş (SUT 4.2.24.B-(12))	CORIVA; ÜÇLÜ KOMBİNE KULLANIMDA RAPORSUZ VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
28	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET (SUT 4.2.15.A maddesi gereği ödeme koşullarını sağlayacak açıklama reçetede yok.)	PLANOR;REÇETE TARİHİNDE RAPORU BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
29	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	PEDIASURE PEPTIDE VANILYA AROMALI 200 ML SISE(200 KCAL) (raporda mamanın tam adı yok.)	RAPORDA VERİLEN MAMA ADI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

31	REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF) (idame raporda, tedaviye yanıt alınması halinde bu durumun belirtildiği yine bu hekimlerce düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporuyla tedaviye devam edilir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	VIDAPTIN MET 50 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET) (DPP-4 INH.+METFORMIN) (hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamıştır.)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
33	LIPITOR 20 MG.30 TB. (ldl uygun değil. idame de değil.)	LIPITOR; GÜNCEL LDL 70 ÜZERİ DEĞİL VE İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
34	ALIPZA 2 MG FILM TABLET (LDL 139 ODMEMZ.)	RAPORDA İSKEMİK İNME AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
35	- UROMAX MR 0.4 MG DEGİSTİRLİS SALIMLI 30 SERT KAP (ORAL OKSİBUTİNİN KULLANMAMIŞ.) - TORODA SR 4 MG 28 UZATILMIS SALIMLI SERT KAPSUL (EK 4/F-45..Tolterodin, mirabegron ile kombine kullanılamaz.) - TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (rapor açıklamasındaki tedavi başamaklarını karşılamayan ilaç geçmiş.) (NATYSIN 10 MG 30 FTB) (oral oksibutinin kullanmamış hasta.)	- UROMAX-RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - TORODA SR-SUT'UN EK 4/F-45 MADDESİNE GÖRE SOLİFENASİN VE TOLTERODİN KOMBİNE KULLANILMAZ İBARESİ OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. - TRELEGY ELLIPTA-RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - NATYSIN-RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
36	- SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (ilaca 1 ay ara verilmiştir.detox tedavi olmadığı için kesildi) - OZURDEX 0,7 MG INTRAVITREAL İMPLANT (hastanın yükleme doz bevasizumab kullanmadığı,tedaviye verdiği cevabın raporda bulunmaması nedeniyle kesildi.) - OZURDEX 0,7 MG INTRAVITREAL İMPLANT (hasta yükleme bevasizumab tedavisi uygulanmamıştır.ilaca verdiği yanıt raporda bulunmamaktadır)	- SUBOXONE-RAPORDA OPİAT NEGATİF ÇIKTIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. - OZURDEX;Her iki reçeteye ilgili raporda gözün posterior segmentinde noninfeksiyöz üveite bağlı makula ödemi yazdığından ödenmesine.(EK-4/F-56)

37	LINATİN 5 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (KULLANILAN DİYABET İLACI VE RAPOR GEÇMİŞİ YOK.İLGİLİ TARİHTEKİ RAPOR AÇIKLAMASI GEÇMİŞİ YOK.)	LINATİN-10/07/2024 tarihli rapora göre ödenmesine.
38	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFUZYON İCİN TOZ VE COZUCU (Rapor açıklamasındaki doza göre düzeltildi)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	- OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (253 TESHIS KODU İLE RAPORLU ODENİR.) - OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (GEBELİK TESHISI İLE RAPORLU ODENİR.)	OKSAPAR;HER İKİ REÇETE İÇİN GEBELİK TEŞHİSİNDE RAPORLU OLARAK VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
40	- TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (hasta daha önce metformin veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (hasta daha önce metformin veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - CASOMID 50 MG 28 FILM TABLET (raporda endikasyon uyumu yok.)	- TRAJENTA- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - JANUVIA- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - CASOMID-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	NOVOSEF 1 GR.IM FLAKON (72 saat sonra ehu onayı gerekir)	NOVOSEF-ÖNCEKİ REÇETEYLE BİRLİKTE EHU ONAYI OLMADAN 3 GÜNLÜK DOZ AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
42	- DAPGEON 10 MG FILM KAPLI TABLET (28 TB) (SGLT2 INH.) (Hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (Hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.)	- DAPGEON-RAPORDAKİ AÇIKLMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - JARDIANCE- RAPORDAKİ AÇIKLMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.

	- JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (Hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış.) - JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (Hasta daha önce metformin ve/veya sülfonilüreleri kullanmamış)	- JARDIANCE- RAPORDAKİ AÇIKLMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - JARDIANCE- RAPORDAKİ AÇIKLMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
43	ZIVER 3 MG TABLET (20 ADET) (DOZ UYGUN DEĞİL.)	KAĞIT REÇETEDKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.

