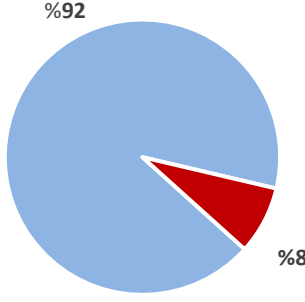


38.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=50

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
46

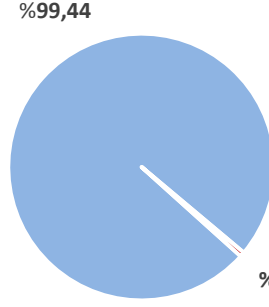


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
4

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

38.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
4 385 849,91 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
24 578,7 ₺

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

19.12.2024 TARİHLİ 38.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	REAMPLA 125 MG KAPSUL (21 KAPSUL)(Rapor süresi en fazla 6 ay olup 1 kutusu kesildi (toplamda 4 haftalık doza yetecek miktarda ise bu dozlar da bir aylık doz olarak kabul edilir))	REAMPLA-İLK REÇETEDEN 4 HAFTALIK DOZ BİR AYLIK KABUL EDİLDİĞİNDEN VE 7.KUTU 6 AY DOLMADAN ALINDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
2	JAKAVI 20 MG 56 TB(RAPOR UYGUN DEĞİL.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	- ALATAB 600 MG 30 FTB(254 KODU İLE VERİLMİŞ, RAPOR UYGUN DEĞİL) - ALVASTIN 20 MG 90 FILM TABLET(6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT, RAPORLA UYMLU GÜNCEL LDL GEREKLİDİR.) - ALVASTIN 20 MG 90 FILM TABLET(LDL ÖLÇÜM SONUCU RAPOR TARİHİ İLE UYUMLU OLMALIDIR.) - IBANOS 150 MG 3 FTB(KMY ÖLÇÜM SONUCUNU TARİHİ BELİRTİLMELİDİR.	- ALATAB-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - ALVASTIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - ALVASTIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - IBANOS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	FEMARA 2.5 MG 30 FTB(Raporda endikasyon eksik belirtilmiş.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

5	• VIDAPTIN MET 50 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET) (DPP-4 INH.+METFORMIN)(rapor şartları sut a uygun değil) • RYZODEG PENFILL 100 U/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS (5 KARTUS)(rapor sut şartlarına uygun değil) • LIPITOR 20 MG 90 TABLET(hasta son 1 sene içerisinde ilaç kullanmadığı için kesildi)	• VIDAPTIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RYZODEG-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • LIPITOR-RAPORA EKLENEN LDL HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
6	• NPLATE 250 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN TOZ(4.2.27.D 3) SUT ÖDEME KOŞULLARINI KARŞILAMIYOR.)	• NPLATE 250 MCG-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	• INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON ICIN COZELTI (1 ADET)(sutta istenen endikasyonlardan hasta için uygun olan raporda belirtilmemiş.)	• INFERJECT-KKY hastalarının anemisi tanısı bulunduğundan ödenmesine.
8	• TROMBOXAR 2.5 MG FILM KAPLI TABLET (56 TABLET) (PLATEXAR 2.5 MG FILM KAPLITABLET (56 TABLET)(hastanın risk faktörü yok.) • REVLIMID 10 MG 21 SERT KAP(daha önce tedavi almış hastadır ve yanıt kriterleri raporda belirtilmemiştir.) • URSACTIVE 250 MG 100 KAP(raporda endikasyon uyumu yok.) • OMNITROPE 10 MG (30 IU)/1,5 ML ENJ. ICIN SOLUSYON ICEREN 1 KARTUS(hastanın 2023 teki başlangıç raporunda Puberte kıstasları (erkeklerde gonadarj (testis hacimlerinin) 4 ml ve üzerine çıkması) belirtilmemiş.)	• TROMBOXAR;GEÇMİŞ REÇETELERİNDE HT TANISI OLDUĞUNDAN RAPORU BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • REVLIMID;12/01/2023 TARİHİNDE LENALİDOMİTBAŞLANMIŞTIR.RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • URSACTIVE-RAPORDA TANI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • OMNITROPE-Büyüme hormonu ile tedavisine başlanmış hastalarda epifiz hatlarının açık olması tedavinin devamı için yeterli olup ,devam kriterleri uygun olduğundan ödenmesine.
9	• HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)(akıntılı fistüllerin sayısında artış olmaması durumu raporda belirtilmemiş.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	• ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(SUT MADDE 4.2.15.D-1 RAPOR UYGUN DEĞİL.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

11	• ULTROX 10 MG 28 FILM TABLET(Raporda en az 1 hafta arayla yapılmış 2 ldl sonucu olması gerekiyor.) • LIXIANA 30 MG 28 FILM KAPLI TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	• ULTROX; EKLENEN LDL 190 ÜZERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • LIXIANA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	• XTANDİ 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(testesteron düzeyi <50ng/dl olan hastalarda progresyona kadar ödenir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	• TROMBOXAR 5 MG FILM KAPLI TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda en az 2 ay süre ile varfarin kullanılmasından sonra en az birer hafta ara ile yapılan son 5 ölçümün en az üçünde varfarin ile hedeflenen INR değerinin 2-3 arasında tutulamadığı durumlarda kullanılır.) • XARELTO 20 MG 28 FTB(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	• TROMBOXAR;75 YAŞ ÜZERİ HASTADA RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • XARELTO-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	• EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON İCİN COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(hastanın tedaviye verdiği cevap bulunmamaktadır. oct tahlil tarihi uygun değildir.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(hastanın tedaviye verdiği cevap raporda bulunmamaktadır.) • VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(rapor sut şartlarına göre uygun değil) • ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(hastanın hastalık evresi raporda olmadığı için kesildi.)	• EYLEA - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • VALAMOR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • ARIMIDEX- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	• EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON İÇİN COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(hastanın tedaviye verdiği cevap raporda belirtilmemiştir.açıklaması bulunmamaktadır.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(hastanın oct tahlil tarihi uygun değildir.tedaviye verdiği cevap raporda açıklanmamıştır.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(hastanın oct tahlil tarihi uygun değil.tedaviye verdiği cevap da raporda bulunmamaktadır.) • NPLATE 250 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTİ HAZIRLAMAK İÇİN TOZ(hastanın rapordaki açıklaması sut a uygun değil) • POSAGİL 100 MG GASTOREZİSTAN TABLET(rapordaki teşhisle ödenmez) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(hastanın tedaviye verdiği cevap sut kriterlerine göre açıklanmamıştır.oct tahlil tarihi uygun değildir.) • XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(hastanın ilk 12 haftalık kullanımına verdiği cevap raporda bulunmamaktadır.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(hastanın oct tahlil tarihi uygun değildir.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(hastanın oct tahlil tarihi uygun değildir.)	• EYLEA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • NPLATE - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • POSAGİL-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • XOLAİR- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(hemodiyaliz paketine dahildir.)	• RAPORSUZ YAZILAN İLAÇ AYNI ZAMANDA DİYALİZE GİRDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

16	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(hasta ilaca ara vermiş ve yeniden başlama kriterleri raporda belirtilmemiş ,devam raporu çıkmış.)	TEDAVİYE 1 YILDAN FAZLA ARA VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
17	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(hasta idame tedavisinde değil ilaca 6 aydan fazla ara verildiği için başlangıç kriterleri aranmaktadır.)	TEDAVİDE 1 YILDAN FAZLA ARA OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
18	- LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(metastatik hastalık için ödeme koşunu karşılamayan rapor.) - VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(metastatik hastalık için ödeme koşunu karşılamayan rapor.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(malnütrasyon tanımı hasta yaşına uygun yapılmamış.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	- OMNITROPE 10 MG (30 IU)/1,5 ML ENJ. ICIN SOLUSYON ICEREN 1 KARTUS(hasta ilaca ilk başladığında kemik yaşı hastanın kronolojik yaşına göre 2 yıl geri değil.) - SANDIMMUN NEORAL 100 MG 50 KAPSUL(endikasyon uyumu yok.)	- OMNITROPE-Büyüme hormonu ile tedavisine başlanmış hastalarda epifiz hatlarının açık olması tedavinin devamı için yeterli olup kemik yaşı geriliği şartı aranmadığından ödenmesine. - SANDIMMUN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; ödenir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	RINVOQ 15 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (28 ADET)(Hastanın 3. raporunda; DAS 28 skorunda toplam 1,2 puandan fazla düşme olmamış)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	ZOLADEX LA 10.8 MG DEPOT(metastatik, lokal ileri, yüksek riskli lokalize veya progresyon riski yüksek prostat ca da ödenir)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

25	FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(mama adı yazan rapor seçildi.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	- VENOMIA 15 MG KAPSUL (28 KAPSUL)(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.) - NUCALA 100 MG/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(raporda ilacın değerlendirmesi yapılmamış.)	- VENOMIA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - NUCALA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSÜL(RAPOR DOZU KARŞILANMIŞ)	2024-25.KOM.KALAN;GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.

