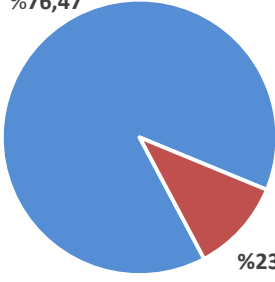


7.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=51

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
39

%76,47



ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
12

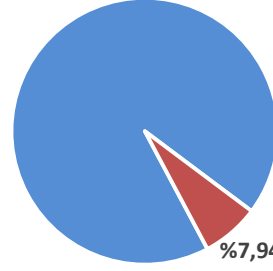
%23,53

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

7.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
2 565 384,89 ₺

%92,06



ÖDENMEYEN
TUTAR
221 263,52 ₺

%7,94

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

20.03.2025 TARİHLİ 7.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- TANSIFA PLUS 32 MG/5 MG/12.5 MG TABLET (28 TABLET)(Hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamıyorsa raporda belirtilmesi gereklidir.) - ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.) - BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) - BETABLOK SDK 50 MG KONTROLLÜ SALIMLI 30 FILM TABLET (BETA BLOKOR)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.) - LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan hastalarda ödenir.) - BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(RAPORDA BELİRTİLEN KMY BÖLGESİ YETERLİ DEĞİL)	- TANSIFA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - ELIQUIS; Raporda mekanik protez kapağı olmadığı belirtildiğinden ödenmesine. - BENEDAY-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - BETABLOK-RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - LIXIANA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - BONVIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI ENDİKASYON UYUMU İÇİN YETERSİZ.) • TARDEN 20 MG.30 FILM TB.(LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)	• LETU-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • TARDEN- RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
2	• RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
3	• FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI (FORTINI 1,0 MULTI FIBRE) YOK.) • VERXANT 150 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(Raporda yeterli açıklama yok.Orta veya şiddetli plak psöriazisli erişkin hastalarda; (Madde 4.2.1.C-9/2))	• FORTINI 1,0- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • VERXANT-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
4	• RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK.) • HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF) (TEDAVİYE YANIT DEĞERLENDİRMESİ YAPILMAMIŞ.)	• RESOURCE-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • HUMIRA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	• ECOPIRIN 100 MG 30 TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.) • IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI(KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ VE TARİHİ YOK.)	• ECOPIRIN -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • IBANOS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	• THINCAL 120 MG 84 KAP (SUT 4.2.18 "12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'inin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir." MEDULA KAYITLI RAPORLARDA-- 17.07.2023te 130kg. 06.11.2023te 111kg, 09.02.2024te 105kg., 31.05.2024te 110kg.,27.01.2025te 110 BİLGİSİ MEVCUTTUR. İNCELEME KONUSU REÇETEYE ESAS 27.01.2025 TARİHLİ RAPORDA BİR ÖNCEKİ RAPORA GÖRE KİLO DÜŞÜŞÜ OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILDI.)	• THINCAL - E-REÇETE VE RAPORDA BİR ÖNCEKİ RAPORA GÖRE UYGUN KİLO DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

7	• TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB. (rapor sut şartlarını karşılamamaktadır.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	• VESICARE 10 MG 30 FTB(raporda uygun ıcd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış.)	• Raporda uygun ıcd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmadığından itirazın reddine.
9	• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANI-A HAZIR 1 ENJEKTOR(yükleme dozu; 4-6 hafta arayla ardışık 3 doz olmalıydı)	• RAPORDA TEDAVİYE 2015 YILINDA BAŞLANDIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN VE EPIKRİZ BELGESİ BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
10	• ATOR 20 MG.30 TB. (TEK LDL ÖLÇÜMÜ YETERLİ DEĞİL.İDAME TEDAVİYE UYGUN RAPORU YOK.)	• ATOR;BİR ÖNCEKİ RAPORLA İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	• KOMPLIA 10 MG SERT KAPSUL (21 ADET)(raporda devam kriteri belirtilmemiş.)	• KOMPLIA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
12	• PLAVIX 75 MG 28 FTB(İADE DÖNÜŞÜ İLACIN RAPORSUZ ÖDENMESİ İÇİN AÇIKLAMA YAPILMAMIŞ.) • GENBUTROL 15 MMOL/15 ML ENJEKSİYONLUK(İADE DÖNÜŞÜ REÇETEYE ÖN TANI EKLENMEMİŞ.)	• PLAVIX ; İADE DÖNÜŞÜ REÇETEDeki EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • GENBUTROL- İADE DÖNÜŞÜ REÇETEDeki EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
13	• IXIFI 100 MG I.V. INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMADA KULLANILACAK KONSANTRE ICIN TOZ (ANTI TNF) (BASDAİ deki düşme yeterli değil.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
14	• NERUDA 600 MG 50 FTB (Sut hükmüne göre gapabentin 6 aylık rapor dahilinde verilebilir ve tespit sonucu rapor 6 ayı geçmiştir)	• NÖROPATİK AĞRIDA RAPOR SÜRESİ 6 AY OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	• RINVOQ 15 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (28 ADET)(hastanın tedaviye verdiği cevap raporda bulunmamaktadır)	• DAS 28 SKORUNDA 1,2 DEN FAZLA DÜŞME OLDUĞU EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
16	• LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
17	• DILTIZEM SR.90 MG.48 TB.(rapordaki doza göre düzeltildi)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

18	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFUZYON İCİN TOZ VE COZUCU (Tek başına desmopressin (DDAVP) tedavisinin yetersiz kaldığı ya da kontrendike olduğu durumlarda kullanılır. Hastada bu durum mevcutsa raporda detaylandırılmalıdır. gerekçesiyle 17.02.2025 tarihinde iade yapılmış ancak ekleme yapılmamıştır. 10 iş günü iade süresi dolmuştur.)	İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
19	- JAKAVI 5 MG 56 TB(JAK 2 (V617F ve Exon 12) mutasyonlarının varlığı ile Polisitemi Vera (PV) tanısı konulmuş olgularda hastanın tolere edebileceği maksimum dozda hidroksiüre kullanan polistemi vera tanılı hastalarda en az 3 aylık tedaviye rağmen Dalak boyutlarında ultrasonografi ile küçülme saptanmaması DURUMUNDA BEDELİ ÖDENİR) - VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET (Birinci basamak tedavi sonrası 6 ay içinde nüks gelişen,hastalarda progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)	- JAKAVI -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - VENCLYXTO ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	XARELTO 15 MG 28 FTB (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 varfarin kesilerek dabigatran veya rivaroksaban veya apiksaban veya edoksaban tedavisine geçilebilir.Rapor tanısı AF değil.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	TENOVIRAL 245 MG 30 FTB (Karaciğer Biyopsisi ile ilgili genel prensipler (Madde 4.2.13.1.4).Tedaviye başlamak için şartlarda yeterli açıklama yok.Ölçüm tarihi yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	ZIVER 3 MG TABLET (20 ADET)(İade dönüşü reçetede doz tekrarı belirtilmediğinden ilacın 20 tb formu uygun değil.)	ZIVER; İADE SONRASI EKLETİLEN KİLO VE PROSPEKTÜSTE BELİRTİLEN KULLANIM ŞEKLİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	SEVAREN 800 MG 180 TABLET(Raporda ilaca başlama kriterleri yeterli değil).	SEVAREN ; İLK İLACAK BAŞLAMA TARİHİ 15/01/2025 VE REÇETEDEKİ BAŞLAMA DEĞERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

24	JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.)(Rapor uygun değil SUT 4.2.38 -(6))	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	- QUANTAVIR 1 MG 30 FTB(RAPORDA BELİRTİLEN 28.02.2013 TARİH VE 6447 NUMARALI RAPOR BAŞLAMA RAPORU DEĞİL.BAŞLAMASI İÇİN AÇIKLAMASINDA KRİTERLER YETERSİZ. ENTEKAVİRE GEÇİŞTE BELİRTİLEN YANETKİYE AİT RAPOR DA YOK.) - LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(Hastada inme veya geçici iskemik atak öyküsü, ³ 75 yaş, kalp yetmezliği NYHA Sınıf ³ II, diabetes mellitus veya hipertansiyon durumlarından bir ya da daha fazlasına sahip olması gerekli.İlgili durumlara ait raporları yok.)	- QUANTAVIR ; TEDAVİYE DEVAM KRİTERİ YETERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. - LIXIANA; RAPORA EKLENEN EK HASTALIK ÖYKÜSÜ HASTANE EPİKRİZLERİNDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
26	RESOURCE 2.0 FIBRE CILEK AROMALI 190 ML (raporda resource junior fibre) ürününden günlük 2X1 pozolojide aylık 60 kutu tüketimi olacaktır yazılı ancak resource 2,0 fibre olarak verilmiş)	RAPORDA VERİLEN MAMA ADI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
27	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	QUANTAVIR 0,5 MG 30 FTB (Rapor SUT şartlarını sağlamamaktadır. Raporda hiç bir bilgi bulunmamaktadır.)	QUANTAVIR; İMMUNOSUPRESİF TEDAVİ ALDIĞINDAN VE GÜNCEL HBS AG+ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
29	URSOMED 250 MG/5 ML ORAL SUSPANSİYON (1 SİSE, 250 ML) (Raporda endikasyon uyumu yok)	RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
30	- LAMICTAL DC 25 MG.30 CIG TB.(DİRENÇLİ ÜNİPOLAR REKÜRREN DEPRESYONDA ÖDENİR.) - LAMICTAL DC 100 MG.30 CIG TB.(DİRENÇLİ ÜNİPOLAR REKÜRREN DEPRESYONDA ÖDENİR.)	LAMICTAL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	- DEPAKIN SURUP 150 ML(rapordaki doz girildi.) - DIYATIX 50 MG TABLET (56 TABLET)(DPP-4 INH.)(Rapordaki doz girildi) - BENVIDA 150 MG 56 FTB(rapordaki açıklama yetersiz ve hasta 2 antileptik ilacı kullanmamış.)	- DEPAKIN SURUP 150 ML-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - DIYATIX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - BENVIDA; RAPORA YAPILAN EKLEME HASTA BEYANINA GÖRE İŞLEM YAPILDIĞI ANLAŞILDIĞINDAN VE UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
31	- OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(Gebelikte Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin kullanımı) - SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+IKS)(Rapor uygun değil)	- OKSAPAR; 2024-28.KOM.KALAN-GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. - SERETIDE- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	TECFIDERA 240 MG ENTERİK SERT KAPSUL (56 KAPSUL) (İade nedeni : Rapor eksiğinin SUT 4.2.34 - (1) maddesine göre tamamlanması GEREKÇESİYLE İADE EDİLDİ, DÜZELTME/EK YAPILMADI.)	2025-5.KOM.KALAN-GELEN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	- PROGRAF 1 MG 50 KAPSUL(PASİF RAPOR.) - BACTRIM 400/80 MG 30 TB(PASİF RAPOR.) - DELTACORTRIL 20 TABLET(PASİF RAPOR.) - MOFECEPT 500 MG 50 FTBPASİF RAPOR.	2025-5.KOM.KALAN-GELEN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.

