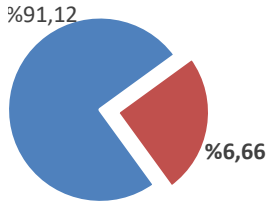


25.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=45

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
41



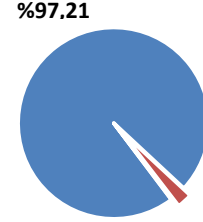
ÜST
KOMİSYONA
GİDEN
DOSYA SAYISI
1

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
3

■ ÖDENMEYEN DOSYA ■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA ■

25.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
2 499 172,21₺



ÜST
KOMİSYONA
GİDEN TUTAR
4 696,62₺

ÖDENMEYEN
TUTAR
67 199,76 ₺

■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

22.08.2025 TARİHLİ 25.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- PEDIASURE - (RAPORDA Yasina ve boyuna gore kilo alimi -2sd nin altındadır. 12/01/2021 HASTANIN ALDIĞI KILONUN 2 STANDART SAPMANIN ALTINDA OLMASINA GÖRE BESLENME SOLUSYONU BEDELİ ÖDENMEZ HASTA 2019 DOĞUMLU 2 YAŞINDAYKEN RAPOR ÇIKMIŞ ŞİMDİKİ YAŞI 7 . HASTA 06/01/2025 TARİHİNDE 29 KG) - PEDIASURE(RAPORDA Yasina ve boyuna gore kilo alimi -2sd nin altındadır. YAZILI ALDIĞI KILONUN 2 STANDART SAPMANIN ALTINDA OLMASINA GÖRE BESLENME SOLUSYONU VERİLMEZ HASTA 2 YAŞINDAYKEN RAPOR ÇIKMIŞ ŞİMDİ 5 YAŞINDA 03/2025 TARİHİNDE KILOSU 24 KG) - HUMIRA (RAPORDA Kronik iridosiklit Adalimumab 80 mg 1 hafta ara ile / 40 mg 2 hafta ara ile mahalinde tedavisi uygundur DEVAM DOZU OLDUĞU İÇİN 2 HAFTADA BİR 40MG ALMALI SISTEME HAFTADA BİR 40MG OLARAK GIRILMIŞ)	- SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR SÜRESİ SONUNA KADAR GEÇERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. - SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR SÜRESİ SONUNA KADAR GEÇERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. - İDAME DOZU İKİ HAFTADA 40 MG OLMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
2	SALMIDEN 500 MG 100 ENT TABLET. (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	RIVELIME - (RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ. Ayrıca radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler yok.)	DARATUMUMAB İLE BİRLİKTE KULLANILDIĞINDAN VE (daha önce proteazom inhibitörü ve immünmodülatör ilaç içeren en az bir seri tedaviyi yeterli sürede kullanmış olmasına rağmen yanıt alınamayan)

	- RIVELIME (RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.) - LENATU -(HASTANIN İLACA BAŞLADIĞI RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR SAĞLANMAMIŞ, PROGRESYON OLADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.AYRICA radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler yok.) - ZARZIO- (raporda endikasyon uyumu yok.) - EMEND 3 KAPSUL (yüksek ve orta derecede emetojenik kanser kemoterapisi alan ile ilişkili bulantı ve kusmanın önlenmesinde, kemoterapi rejimleri ile gelişen ya da kök hücre destekli yüksek doz kemoterapi uygulamaları sonrası gelişen emezisin önlenmesinde veya antrasiklin (doksorubisin veya epirubisin) ve siklofosfamid kombinasyon kemoterapisinin başlangıç ve tekrar kürleri ile ilişkili bulantı veya kusmanın önlenmesinde ödenir.) - IMAVEC -(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK. Ayrıca radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler yok.)	İFADESİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - Daha önce en az bir tedavi almış yetişkin hastalarda deksametazon ile kombinasyon halinde şeklinde açıklama bulunmadığından itirazın reddine. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	- ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda bedeli ödenir) - TENOVIRAL 245 MG 30 FTB (HBsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBc pozitifliği durumlarında immünsupresif ilaç tedavisinde bedeli ödenir)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORDA ANTİ HBC IGG:(+) OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
5	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda bedeli ödenir)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	ENSURE KAKAOLU 250 ML KUTU(251 KCAL)(malnutrisyon tanımı uygun değil eşlik eden hastalık bulunmamaktadır) ENSURE CİLEKLI 250 ML.KUTU(251 KCAL)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	(malnutrisyon tanımı uygun değil eşlik eden hastalık bulunmamaktadır)	
7	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(Hasatlığın evresi hastanın önceki raporlarında farklı iki evre olarak belirtilmiş. hastalığın evresi ve patoloji bilgisi rapora endikasyonu uyumunu tespiti için eklenmeli.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (SUT "boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" şeklinde istediği için raporda DSÖ referans değerleri kriteri yer almalıdır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	NEURONTIN 600 MG.50 FILM TABLET (Raporda "Gabapentin" etken maddesi için mg cinsinden doz kısıtlaması yapılmıştır. Verilen 600 mg.lik formuyla doz aşıldığı için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	ALIPZA 1 MG FILM 30 TABLET (Bu raporla ilaç kullanımından önce 6 aydan fazla ara vermiştir. İdame tedavi koşullarına uygun değildir. Güncel tarihli LDL gerekir. Başlangıç tedavisi olarak değerlendirilirse; ek hastalığı yoktur, ek risk faktörü sayısı yetersizdir. (Bu raporla aldığı tüm ilaçları aynı eczaneden temin etmiştir.) Ödeme dışı bırakılmıştır.)	EK HASTALIĞI YADA UYGUN İKİ LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	- STELARA 90 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJ (Tedavinin 4 üncü ayında Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde başlangıca göre en az 70 puanlık düşüşün olmaması durumunda tedavi kesilir.) - EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR. (E RECETEDeki DOZA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - E-REÇETEDeki DOZA GÖRE 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
13	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (RAPORDA 5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (<-2SD) OLDUĞU NET BİR ŞEKİLDE BELİRTİLMELİDİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

14	IPRAVENT 20/100 MCG INH ICIN AEROSOL 200 DOZ (SABA+SAMA) (RAPORDAKİ DOZU=2*1)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) (Raporda adı geçen mama ile reçetede karşılanan mama birbirinden farklıdır. Bu yüzden ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (RAPOR GECERLİLİK SURESİ 3 AY.) RESOURCE DIABET KAHVELİ 200ML(200KCAL)(RAPOR GECERLİLİK SURESİ 3 AY.)	06.07 - Kronik Karaciger Hastalıkları(K70.3- K70.9)(K71-K77) TANISINDA RAPOR SÜRESİ 6 AY OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
17	FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	- PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPOR PASİFLENMİŞ.) - VESICARE 10 MG 30 FTB (Oral oksibutin yanıt alınamayan yada tolere edemeyen hastalarda kullanılır.)	2025-8. komisyon kararına göre görüş sorulmuş ve rapor pasiflenmiştir. İtirazın reddine. - Evrak beklenmektedir.
19	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
20	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (RAPORDA hastanın kilo: 11 kg (3p/-1,9 sd) boy: 97 cm (14p/-1 sd) YAZILI KILO -1,9 SD OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	Raporda yaşa göre ağırlığı -2 SD nin altında olduğu belirtildiğinden ödenmesine.
21	LEVOTIRON 125 MCG 50 TB (rapordaki dozda ödendi.)	DOZ 2 GÜNDE 1*1 GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

22	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF) ("Hastanın BASDAİ ölçümü >5,1 (bununla birlikte eritrosit sedimentasyon hızı >28 mm/s veya normalin üst sınırını aşan CRP değeri veya MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroiliit/spondiliti vardır)" şeklinde yer alan açıklama genel bir ifadedir. Hastanın spesifik durumunu belirtmemektedir.)	Raporda Başlangıç BASDAİ:7.9 ve (MR/sintigrafi ile gösterilmiş aktif sakroiliit/spondiliti vardır) durumu belirtildiğinden ödenmesine.
23	TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB. (Migren tedavisinde ödenebilmesi için yazılan ifade eksiktir. Ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON ICIN COZELTI (1 ADET) (raporda GİS İNTOLERANSI NEDENİYLE ORAL DEMİR KULLANIMI yazılı sutta belirtilen kriterlere sahip olan hastalarda bedeli ödenir)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
25	ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN IMPLANT (raporda Östrojen reseptörü %100 pozitif,HER-2 negatif, posmenapozal , metastatik meme ca yazılı ancak ZOLADEX LA 10.8 mg, östrojen reseptörü (ER) pozitif premenopozal veya perimenopozal kadınlarda erken evre veya ilerlemiş meme kanserinin tedavisinde kullanılır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB. (Hormon-reseptör pozitif postmenopozal kadınlarda erken evre meme kanserinin tedavisinde,BEDELİ ÖDENİR BU HASTA HORMON RESEPTÖR POZİTİF POSTMENAPOZAL HASTA EVRESİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ ESKİ RAPORLARINDA METASTATİK OLDUĞU BELİRTİLMİŞ)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	BRONTIO 18 MCG 30 INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) ("EN AZ 3 AY SUREYLE INHALE KORTIKOSTEROID (IKS) VE "UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ" yazmakla birlikte sistemde kayıtlı iks ve laba ile tedavi bulunamamıştır)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.

28	• RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.) • RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.) • FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.) • FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CIKOLATA AROMALI(200 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	• HUMIRA- (Altı(6) hafta süreyle sistemik antibiyotik tedavisine yeterli yanıt alınamaması durumunda başlanır ancak raporda ilaç kullanım süresi belirtilmemiş.) • HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF) ("6 hafta süreyle sistemik antibiyotik tedavisine yeterli yanıt alınamaması durumunda" humira başlanabilir. Antibiyotikle yapılan tedavi süresi raporda belirtilmemiş.)	• HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	• TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (Rapor uygun değil (SUT 4.2.38 -(4))	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

31	PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	SOLQUA SOLOSTAR 100 U/ML VE 50 MCG/ML SC ENJEKSİYONLUK COZ. ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ. KALEMİ (3 K (raporda SGLT-2 ye, metformin ile birlikte ve diyet ve egzersize ek olarak kullanması uygundur yazılı SUTa göre SGLT-2 inhibitörleri olmaksızın metformin ile birlikte, diyet ve egzersize ek tedavi olarak kullanılması halinde bedeli ödenir)	İlacın küb üne göre Metformin ile birlikte (SGLT-2 inhibitörleri ile beraber veya SGLT-2 inhibitörleri olmaksızın) verilebileceğinden ödenmesine.

