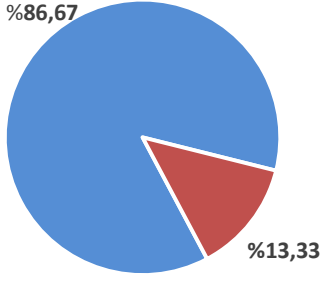


8.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=30

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
26

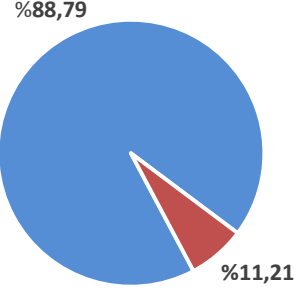


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
4

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

8.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
669 232,39 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
84 944,95 ₺

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

27.03.2025 TARİHLİ 8.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	VILDABET 50 MG TABLET (56 TABLET) (DPP-4 INH.) (Rapor dozuna düzeltildi.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
2	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (Endikasyon uyumu şartı vardır. Rapor ICD kodu uygun değil.)	URSACTIVE- Karaciğer nakli yapılmış hastalarda safra taşı profilaksisinde verilebileceğinden ödenmesine.
3	RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL) (SUT 4.2.8.A- Enteral beslenme ürünleri (c) Raporlarda, beslenme ürününün adı yok)	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 ödenir.) - ATOR 20 MG.30 TB. (LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.) - CORALAN 5 MG 56 FTB (RAPOR AÇIKLAMASIYLA ICD 10 KODU-TANI UYGUN DEĞİL.)	- ELIQUIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - ATOR- RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. - CORALAN-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	PEPTAMEN JUNIOR 1,5 KCAL VANILYA AROMALI 24X200 ML (7248KCAL) (Hasta 14 yaşında kilosunu değil VKI -2 SS altında olmalı.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

6	CIPRALEX 10 MG 56 FTB (SSRI) (Raporda belirtilmiş olan “3ay süre ile kullanması uygundur” ifadesine istinaden kesildi.)	RAPOR SÜRELERİ KURUM TARAFINDAN UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
7	- PLAVIX 75 MG 28 FTB (SUT 4.2.15.A -(3) Rapor uygun değil.) - TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET (Raporda 254 reçete uyarı kodu ile ilgili bilgi eksik.)	- PLAVIX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - TIOPATI- Raporda Periferik diabetik polinöropati açıklaması olmadığından itirazın reddine.
8	FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP (aranesp ödeme dışı bırakılınca ,sistem tarafından takipli ilaç gerekçesiyle kesildi.)	ARANESP VE FERICOSE; E-REÇETEDeki FERRİTİN VE TSAT DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	IRDAPIN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FILM TABLET (Rapor uygun değil (SUT EK-4/F Madde 51)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL) (RAPORDAKİ MAMA YAZILMAMIŞ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	KARUM 75 MG.28 FILM TABLET (RAPORDA ANJIO SONUCU VARSA BELİRTİLMEMİŞ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	- FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.) (hasta daha önce metformin veya sülfonilüreleri kullanmamış) - QUANTAVIR 0,5 MG 30 FTB (ilaç değişim gerekçesi uygun değil.)	- FORZIGA; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - QUANTAVIR; RAPORDA İDAME KRİTERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
13	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA (hastanın hg değerine göre idame dozunda aranesp verilmesi gerekliydi.aranesp dozu fazla olduğu için kesildi.)	E-REÇETEDeki GÜNCEL HBG DEĞERİ 11,2 OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİYE GÖRE FAZLA DOZ VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

14	• NEOCATE JUNIOR VANILYA AROMALI 400 GR(1900 KCAL) (sisteme girilen endikasyon dışı belgesinin süresi dolmuştur.belge uygun değil) • ADENURIC 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil)	• NEOCATE ; İLK ALIM OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • ADENURIC-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	• RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL) (malnütrasyon tanımı hastanın yaşına uygun yapılmamış.)	• RESOURCE ENERGY; MALNUTRİSYON TANIMI YETİŞKİN HASTAYA GÖRE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
16	• RESOURCE JUNIOR FIBRE CILEK AROMALI 190 ML(285 KCAL) (raporda hastanın kilo: 8,2 kg ((9p/-1,34 sd) yazılı 5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (<-2SD) ise bedeli ödenir)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	• ALIPZA 1 MG FILM 30 TABLET (HASTANIN EK RİSK FAKTÖRLERİ EKSİK.)	• ALIPZA ; HASTAYA AİT 3 RİSK FAKTÖRÜ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
18	• TERNAVİR 245 MG 30 FTB(İmmünsupresif ilaç tedavisi veya sitotoksik kemoterapi veya monoklonal antikor tedavisi uygulanmaktaolan HBsAg (+) hastalarda, kul (has güncel değ. yok.)) • COLNAR 10 MG 28 TABLET(idame ted.değil (en az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları belirtilir.)	• TERNAVİR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • COLNAR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	• POSAGİL 100 MG GASTOREZİSTAN TABLET (endikasyon uyumunun tespiti için açıklamada hiçbir bilgi yok.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

20	- RESOURCE ENERGY CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL) (malnütrisyon tanımı hatalı ve beslenme eksikliği ile ilgili açıklama yapılamamış.) - ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (malnütrisyon tanımı hatalı ve beslenme eksikliği ile ilgili açıklama yapılamamış.) - NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL) (malnütrisyon tanımı hatalı ve beslenme eksikliği ile ilgili açıklama yapılamamış.)	- RESOURCE ENERGY; RAPOR SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. - ABOUND VE NUTRIVIGOR; RAPOR SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
21	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN) (metformin kullanmadan DPP4 antagonisti ile metformin kombinasyonuna başlamış.)	RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.
22	COLNAR 10 MG 28 TABLET (EK FAKTÖRLERE AİT TANI ICD 10 KODU YOK.AÇIKLAMAYA UYGUN HASTANE KAYDI YOK.)	COLNAR ; RAPORDAKİ ICD-10 VE AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
23	PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET(hastanın koroner arter raporu yok ve en az 2 ldl sonucu olmadığından kesinti yapıldı.)	PRATIN-2025-4.KOM.KALAN;GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.

