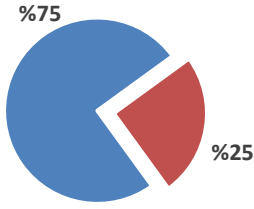
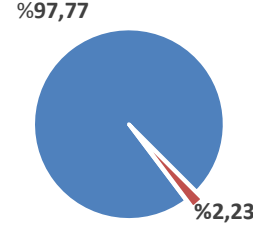


28.İTİRAZ KOMİSYONU**GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=16****ÖDENEN DOSYA
SAYISI
12****ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
4**

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

28.İTİRAZ KOMİSYONU**ÖDENEN TUTAR
1 038 627,29₺****ÖDENMEYEN
TUTAR
23 597,53₺**

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

18.09.2025 TARİHLİ 28.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- RESOURCE JUNIOR FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL) (dsö kriterleri?) - FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML VANILYA AROMALI(200 KCAL)(dsö kriterleri)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. 18/07/2025 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET Endikasyon uyumu için raporda yeterli açıklama yok.	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	DIASIP VANILYA 200 ML(200 KCAL) (malnütrisyon tanımı sut a göre eksik) FORTIMEL FORTICARE MANGO SEFTALI AROMALI (125 ML) 300 KCAL. (malnütrisyon tanımı sut a göre eksik)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA Hastanın Hemogloblin değerine göre, idame dozunda Aranesp verilmesi gerekir. Aranesp dozu fazla olduğu için bedeli ödenmemiştir.	İDAME DOZA GÖRE 30 MCG LİK FORM VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
5	CEPROTIN 500 IU ENJEKSİYONLUK COZELTI ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLAKON (Endikasyon dışı izin süresi 06.08.2025' te dolmuştur)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	RIVOKSAR 15 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	Raporda Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmadığı belirtilmediğinden itirazın reddine.

7	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (hastaya 01/05/2024 tarihli raporla tedavisi glarjin insulin ve oral antidiyabetikler olarak duzenlenmiş hastanın 2019 yılındaki raporu ile novorapid verilmiş)	2019 yılı raporu uzatıldığından ödenmesine.
8	PEPTAMEN JUNIOR 1,5 KCAL MUZ AROMALI 24X200 ML (7248 KCAL) (dsö kriterleri yok)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	STELARA 90 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJ. Ülseratif kolit hastalığında; en az bir biyolojik ajan tedavisine rağmen hastalığı kontrol edilemeyen hastalarda	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	XARELTO 20 MG 28 FTB orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	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.
12	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (dsö kriterlerine göre malnutrisyon kriterleri uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	CRESTOR 10 MG.28 TABLET ödeme koşulunu karşılamayan rapor. En az bir hafta arayla iki ayrı ölçüm yapılması gerekirdi.	RAPORA EKLENEN LDL SONUÇLAINA GÖRE İKİ RİSK FAKTÖRÜ OLMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
14	PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORDA DSÖ KRİTERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
15	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (endikasyon yetersiz)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

