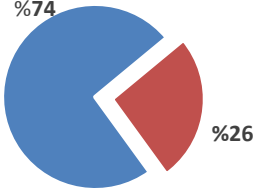


2.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=53

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
39

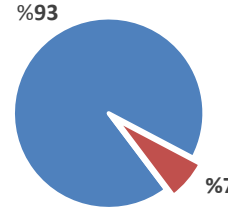


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
14

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

2.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
2 752 043,47 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
202 895,88 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

15.01.2026 TARİHLİ 2.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- DEPREKS 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) (rapordaki doz girildi.) - CORALAN 5 MG 56 FTB (raporda kalp yetmezliği ile ilgili tanı ve icd10 kodu eklenmemiş.) - THINCAL 120 MG 84 KAP (vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmesi halinde 106,4 olması gerektiğinden kesinti yapıldı.)	28/09/2020 TARİHLİ RAPOR SEÇİLEREK GÜNDE 1*1 OLARAK KAYDEDİLMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	FORSTEO 20 MCG/80 MCL KULLANIMA HAZIR ENJ. KALEMI ("T Skoru ölçüm yerinin belirtilmesi gerekir (L1-L4 veya kalça total)." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	LIPANTHYL 267 M KP. (Hasta ilaca ara vermiş ve yeni TG sonucu eklenmemiş.)	TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	Raporda fortini multi fibre 1.0 olarak belirtildiğinden itirazın reddine.
5	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (Diyabetik nöropatik ağrı ve periferik diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde kul.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (Hastanın bifosfonat geçmişi yok.)	22/10/2024 TARİHLİ İLK OSTEOPOROZ RAPORU VE Bİ FOSFONAT GRUBU KULLANMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

7	ALLERGOVIT 015 B IDAME ENJEKSİYONLUK SUSPANSİYON (rapor sut şartlarına uygun değildir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	ERLEADA - (RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTLARINI İÇERMEKTE ANCAK HASTADA VAR OLAN DURUMU BELİRTMEMEKTEDİR. Ayrıca raporda, radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır (Madde 4.2.14.C/3). AYRICA tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda progresyon olmadığı belirtilmelidir (Madde 4.2.14.C/3-u-6).)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	DIASIP CİLEK 200 ML(200 KCAL) (Rapordaki malnutrisyon tanımı eksik.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF) (Prospektüse göre; son CIMZIA dozundan sonra 5 ay boyunca doğum kontrolüne devam edilmesi gerekirken infertilite tedavisiyle eş zamanlı kullanım)	Gebelik planlayan kadınlar için devam eden CIMZIA tedavisinin klinik gerekliliği değerlendirilebileceğinden ödenmesine.
11	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. (Son rapordaki kmy değeri uygun değil.)	RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
12	- LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) - LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

	• EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON İCİN COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) • EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON İCİN COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ("İlacın kaydedilebilmesi için '102' özel durum uyarı kodu seçilmiştir, fakat raporda bununla ilgili herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Ayrıca tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Bu sebeplerden ötürü ödeme dışı bırakılmıştır.) • EMEND 3 KAPSUL-(Rapor, Sut'a uygun değildir.) • EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON İCİN COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
--	---	--

	- LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ("E-reçete açıklamasında 'sağ göz için' ibaresi mevcuttur. Sağ göz için uygun olan raporu 116401 nolu rapordur. Rapor, Sut koşullarına uygun değildir. '396' uyarı kodunun karşılığı raporda açıklanmamıştır. Bu ilaç alımı idame tedavidir, tedaviden fayda alınması durumu mevcut Sut koşullarına uygun olarak açıklanmamıştır." Bu sebeplerden ötürü ödeme dışı bırakılmıştır.) - LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) - LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) - EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON ICIN COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ("Reçete açıklamasında tedaviyi sağ göz için aldığı belirtilmiştir. Fakat raporu sol göz için olan bilgileri içermektedir." Bu sebepten dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.) - EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON ICIN COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ("Reçete '396 - Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumu' uyarı kodu seçilerek kaydedilmiştir. Fakat bu kodun eklenebilmesi için gerekli açıklama raporda bulunmamaktadır." Bu sebepten dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
--	--	--

	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ("Tedaviyi, idame tedavi olarak almaktadır. Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	PLETAL 100 MG 60 TABLET (pletal tb için ödeme kooşulunu karşılamayan rapor.)	RAPORDA PLETAL İLE İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	KETOCAL 300 G (2100 KCAL) (Ketojenik diyet, vücudun yağları enerji için kullanılan ketonlara parçalamasını kolaylaştıran, yağ oranı yüksek, karbonhidrat alımını günde 50 gramın altına düşüren beslenme türü olup; Lif (fiber), FOS, şeker, karbonhidrat içeriği yüksek olan PEDIASURE PLUS FIBER ile eş zamanlı kullanılmış)	RAPOR SUTA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
15	- FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplananSD veya VKİ değerlerine göre ödenir) FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplananSD veya VKİ değerlerine göre ödenir) - NUTRISON ADVANCED PEPTISORB 500 ML (500 KCAL)(rap. farklı bes. sol.mevcut) NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL) (rap. farklı bes. sol. mevcut)	- DSÖ KRİTERLERİNE GÖRE HESAPLANDIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. - İLGİLİ RAPORDA MAMA ADI OLMADIĞINDAN ÖNCEKİ RAPORLARIN SÜRESİ BİTTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
16	RELIV 10 MG SERT KAPSUL (21 ADET) (Raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır (Madde 4.2.14.C/3).	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON ICIN COZELTI (1 ADET) (Rapor açıklamasına uygun lcd 10 kodu veya koda uygun açıklama yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

	• INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON İCİN COZELTİ (1 ADET) (Rapor açıklamasına uygun lcd 10 kodu veya koda uygun açıklama yok.)	• 14/10/2025 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	• OFEV 150 MG 60 YUMUSAK KAPSUL (endikasyon dışı belgesi sut koşullarını karşılamamaktadır.) • BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (sisteme girilen uyarı kodu reçetede bulunmamaktadır.)	• S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. • FİBROMYALJİ UYARI KODU RAPORDA BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
19	• ARISLOW ER 4 MG UZATILMIŞ SALIMLI TABLET (28 TABLET) (SUT EK4/F MADDE 16.1 E GÖRE GUANFASİN KULLANIM İLKELERİ İCİN İLACA BAŞLANGIÇ ŞARTI RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.) • CRESTOR 20 MG.28 TABLET (6 AYDAN FAZLA ARA VERMİŞ. BAŞLANGIÇ KRİTERİNİ YENİDEN KARŞILAMASI GEREKİR.)	• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • TAHLİL BELGESİ EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
20	• PLAVIX 75 MG 28 FTB (iskemik inmesi varsa raporda belirtilmeli.) • LIPANTHYL 267 M KP. (tg değeri raporda olmadığından .)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
21	• BELOC ZOK 50 MG.20 TB. (BETA BLOKOR) (Rapordaki doz girildi)	• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
22	• BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (diğabetik polinöropati tanısının periferik olup olmadığı e-reçetede belirtilmediğinden ödeme dışı bırakılmıştır.)	• UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
23	• CRESTOR 20 MG.28 TABLET (ldl ölçüm sonucu uygun değil.)	• EK HASTALIK OLMADIĞINDAN TEK LDL SONUCU İLE ÖDENMEMMEKTEDİR. İTİRAZIN REDDİNE.
24	• CORALAN 5 MG 56 FTB (RAPOR TANISINA GÖRE RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.) • SANELOC 50 MG DEGİSTİRİLMİŞ SALIMLI FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET) (RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE İLAÇ KULLANIMI UYGUN DEĞİL.) • LEVOTIRON 125 MCG 50 TB (Hasta elinde ilaç var.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

25	• NOOTROPİL 800 MG.30 TB. (rapordaki doza göre düzeltildi) • SOLIQUA SOLOSTAR 100 -sglt 2 inhibitörleri ve metforminle birlikte aynı anda kullanılamaz)	• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • REÇETE TARİHİNDE SGLT İNH. VEYA METFORMİN İLE BİRLİKTE KULLANILMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
26	• LIPITOR 20 MG.30 TB. (ldl tahlil tarihinden sonra ilaç kullanılmadığı için kesildi)	• RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
27	• SILNORM 100 MG 60 TABLET (silostazol klopidoğrel ve asetilsalisilik asit beraber kullanılmaz)	• REÇETE TARİHİNDE PLAVİX KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
28	• ELEPSİ 100 MG 56 FTB (Rapor açıklaması hastaya ait olan bir durumu belirtmiyor.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	• HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (Hastanın tıbbi durumu belirtilmemiş, SUT maddesi olduğu gibi yazılmış.) • PEDIASURE PLUS FIBER VANILYA AROMALI 220 ML RPB(330 KCAL) (Yaşından dolayı Vücut ağırlığı değil VKİ dsöYE GÖRE -2 STANDARD SAPMANIN ALTINDA OLMALI.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	• RYTMONORM 150 MG 30 FILM TB. (Rapor dozu olan 1*1'e göre yeniden kaydedildiğinde 3 kutu ödeme dışı bırakılmıştır.) • ECOPIRIN PRO 81 MG 30 ENTERİK KAPLI TB (Rapor dozu 1*1'dir. Aynı reçetede 500 mg.lik formuyla doz karşılanmıştır. Doz aşımından dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • İKİ FORM VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

