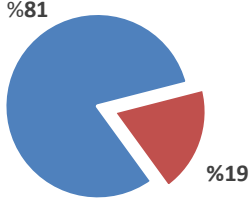


34.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=55

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
45

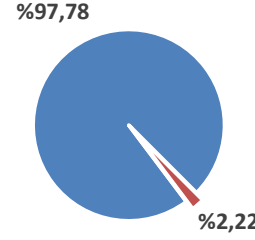


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
10

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

34.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
2 618 027,38 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
59 458,94 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

19.11.2025 TARİHLİ 34.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- PERFOSE 800 MG 180 FTB (Raporda belirtilen tahliller ile caxp değeri uygun değil.İdame tedavi değil.Pth değeri uygun değil.) - FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.) (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)	- RAPOR TARİHİNDE SEVELAMER TEDAVİSİNE BAŞLANMADIĞINDAN VE REÇETE TARİHİYLE UYUMLU UYGUN TAHLİL BELGELERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (hastanın tedaviye verdiği cevap raporda bulunmamaktadır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET (Vebclyxto için hastanın bu reçetesi raporun açıklama bölümünde belirtildiği üzere endikasyon dışı rapora istinaden verilmiştir fakat endikasyon dışı raporun süresi 13.04.2025 tarihinde bittiği için Venclyxto ödenmez.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (Rapor dozuna düzeltildi)	29/09/2025 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.

6	- DAPADAP 10 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (SGLT2 INH.) (Rapor uygun değil - SUT 4.2.38 -(6)) - VIDAPTIN MET 50 MG/850 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET) (DPP-4 INH.+METFORMIN) (Rapor uygun değil - SUT 4.2.38 -(4))	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	- BENEDAY- Reçete "254-Diyabetik nöropatik ağrı / periferik diabetik polinöropati" uyarı kodu eklenerek kaydedilmiştir. Fakat bu kodun eklenebilmesi için gereken açıklama reçete ve raporda bulunmamaktadır. Bu yüzden ödeme dışı bırakılmıştır.) - CRESTOR 20 MG.28 TABLET (İlacın bedelinin ödenebilmesi için gereken LDL değeri raporda belirtilmemiştir. Bu sebepten dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - EKLENENE TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	- RESOURCE PROTEIN CILEK AROMALI 200 ML(250 KCAL) (malnutrisyon tanımı uygun değil) - TEROLAM 800 MG 180 FILM KAPLI TABLET (raporda yapılan açıklama ile hastanın değerli uyumlu değil)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORDAKİ BAŞLAMA KRİTERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	CASODEX 50 MG.28 TABLET (hastalığın evresi raporda belirtilmemiş.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	KETOCAL 300 G (2100 KCAL) (endikasyon dışı belgesi ile bu ilaç ödenmez. sut şartlarına göre uygun değil)	S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	- SEVAREN 800 MG 180 TABLET (rapor sut a uygun değil.) - SIMPONI biri methotrexat olmak üzere en az 3 farklı hastalık modifiye edici antiromatizmal ilacı, en az üçer ay kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı raporda belirtilmemiş.)	- BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN REÇETEDEKİ İDAME KRİTERİNE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	ELREXFIO 76 MG/1,9 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (1 ADET) (Sistemde kayıtlı, daha önce kullanılmış, bir anti-CD38 antikoru ilaç bulunamamıştır)	HASTANE TARAFINDA KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

	• XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(BIKULATAMID+LOPROLID ASETAT+ENZALUTAMID için endikasyon dışı belge gerekli. (visseral metastazı olmayan mHDPK yetişkin erkeklerde androjen düşürme tedavisiyle kombinasyon tedavisinde endike olup LHRH reseptör antagonisti (eligard) de ilave edilmiş) • GENOTROPIN 16 IU (5,3 MG) GOQUICK ENJ. SOL. ICIN TOZ VE COZ. ICEREN KULL. HAZIR KALEM (Açıklamada "BESLENME EKSİLİĞİ" ile beslenme sol raporu düzenlenmiş olup aynı zamanda "Büyümeyi etkileyecek beslenme bozukluğu yoktur" diye büyüme hormonu raporu çıkmış) • CAPETABIN 500 MG 120 FTB (21 günde 14X6 olarak düzeltiltiğinde; CAPETABIN 500 MG 120 FTB adlı ilacın bitiş tarihi reçetede ilacın ilaç alım tarihini aşmıştır.) • POMALEM 3 MG SERT KAPSUL (21 SERT KAPSUL) (Raporun açıklamasında "daratumumab, pomalidomide ve deksametazon olarak kombine kullanılacaktır " bilgisi yer almakta olup, daratumumab ve pomalidomidin kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.) • KOMPLIA 15 MG SERT KAPSUL (21 ADET) (Karfilzomib/Lenalidomid kombinasyonu için endikasyon dışı belge gerekli) • ELREXFIO 76 MG/1,9 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (1 ADET) (Daha önce bir anti-CD38 antikoru dahil olmak üzere en az dört sıra tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış olması şartı ile ödenir) • KOMPLIA 10 MG SERT KAPSUL (21 ADET) (Hastane eczanesinden kullanılan daratumumab ile kombinasyon tedavisi için endikasyon dışı belge gerekli) • XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (visseral metastazı olmayan mHDPK'li yetişkin erkeklerde androjen düşürme tedavisiyle kombinasyon tedavisinde endike olup LHRH agonisti ile kombine edilmiş)	• "Leuprorelin asetat; Androjen biyosentez inhibitörleri veya androjen reseptör inhibitörleri ile tedaviye uygun cerrahi katrasyona dirençli prostat kanseri hastalarında GnRH agonisti ile tedaviye devam edebileceğinden ödenmesine. • SUT DEĞİŞİKLİĞİ İLE BESLENME BOZUKLUĞU ŞARTI KALDIRILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • REÇETE AYNI HASTAYA AİT OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • DARATUMAB IN YALNIZCA SC FORMU İÇİN KOMBİNE KULLANIM ŞARTI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • SUT UN KARFİLZOMİB MADDESİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • HASTANE TARAFINDA KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • KOMBİNE KULLANIMA UYGUN EKLEME YAPILDIĞINDAN VE HASTANE TARAFINDA KOMBİNE KULLANIM GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. • ANTİANDROJEN TEDAVİDE LHRH ANALOGLARI İLE KOMBİNE KULLANIM BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
--	---	--

	• LENATU 10 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL) (Hastane eczanesinden kullanılan daratumumab ile kombinasyon tedavisi için endikasyon dışı belge gerekli) • LENATU 15 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL) (KARFİ LZOMİ B/LENALİ DOMİ D için endikasyon dışı belge gerekli) • NINLARO 4 MG 3 KAPSUL (IKSAZOMİ B Sİ TRAT/LENALİ DOMİ T için Endikasyon dışı İzin Onay Tarihi: 27/05/2025, İzin Bitiş Tarihi:26/07/2025 olup sadece ninlaro kesildi) • CAPETABIN 500 MG 120 FTB (21 günde 14X6 olarak düzeltildiğinde; CAPETABIN 500 MG 120 FTB adlı ilacın bitiş tarihi reçetede ki ilacın ilaç alım tarihini aşmıştır.) • ELREXFİ O 76 MG/1,9 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ (1 ADET) (Sistemde kayıtlı, daha önce kullanılmış, bir anti-CD38 antikoru ilaç bulunamamıştır)	• SUTUN DARATUMAB MADDESİ NE UYGUN OLARAK KOMBİ NE KULLANILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜ NDEN ÖDENMESİ NE. • SUT UN KARFİ LZOMİ B MADDESİ NE UYGUN OLARAK KOMBİ NE KULLANIM GÖRÜLDÜĞÜ NDEN ÖDENMESİ NE. • SUT UN İ KSAZOMİ B MADDESİ NE UYGUN OLDUĞU NDAN ÖDENMESİ NE. • AYNI AYDAKİ 2. REÇETE VE DOZ DÜZELTİLDİĞİ NDE ÇAKIŞMA OLDUĞU NDAN İTİRAZIN REDDİ NE. • HASTANE TARAFINDA KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİ NE.
13	• FORTİNİ MULTİ FİBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL) (raporda FORTİNİ MULTİFİBRE 1.5) yazılı)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİ NE.
14	• GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 İNH.+METFORMİN) (Rapor dozu olan 1*1'e göre yeniden kaydedildiğinde 1 kutu ödeme dışı bırakılmıştır.) • AYSETFİ NE İ NSULİN KALEM İ GNESİ 32G (0,23X4MM) (Hastanın insülin kullanım sıklığına göre (1*40) doz yeniden kaydedildiğinde (1*1) sistem tarafından 1 kutusu ödeme dışı bırakılmıştır.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİ NE. • İ NSÜ LİN KULLANIMINA GÖRE İTİRAZIN REDDİ NE.
15	• Lİ PANTHYL 267 M KP. (hasta idame hastası değil ve yeni tarihli TG sonucu olmadığı için kesildi.)	• TEDAVİ DE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞU NDAN VE İ DAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİ NE.
16	• NOOTROPİL 800 MG.30 TB.(Rapor dozuna düzeltildi.) • BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (Reçetede 254 uyarı kodu ile ilgili bilgi yok)	• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİ NE. • 19/09/2025 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİ NE.

17	FEPATIL -21.05.2024 raporu ile ilk idame raporu aynı eczane tarafından karşılanmış.ancak raporlarda belirtilen 26.05.2023 tarihli trigliserid değeri için 30.05.2023 de bir aylık ilaç sonrası idame değildir.)	EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	STELARA 90 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJ (İlaca 4.ay yanıt değerlendirmesi yapılmamış.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	PEDIASURE PEPTIDE VANILYA AROMALI 200 ML SİSE(200 KCAL) (Raporda beslenme ürününün adı yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	AFINITOR 10 MG 30 TB (endikasyon yetersiz)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (Rapor dozuna düzeltildi.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	CRESTOR 20 MG.28 TABLET (hasta idame hastası değil ve en az bir hafta ara ile ölçülmüş 2 ldl sonucu olması gerekiyor.)	15 gün arayla yapılmış iki LDL sonucu olmadığından itirazın reddine.
23	- LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (raporda endikasyon eksik belirtilmiş.) - ABIZOL 15 MG 28 TABLET (rapordaki doz girildi.) - FAVERIN 100 MG.30 TABLET (SSRI)- (rapordaki doz girildi.)	- RAPORDA EVRE BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. - RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRTAZIN REDDİNE. - RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRTAZIN REDDİNE.
24	- JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (Rapor uygun değil (SUT 4.2.38 -(6)) Hastaya özel bilgiler yoktur. Genel ifadeler kullanılmıştır. - DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET (SULFONILURE) (Rapor dozuna düzeltildi.) - DAPADAP 10 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (SGLT2 INH.) (Rapor uygun değil SUT 4.2.38 -(6))	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	- ATOR 10 MG.30 TB. (hasta idame hastası değil ve yeni tarihli ldl sonucu yazmıyor.) - ATOR 10 MG.30 TB. (hasta idame hastası değil ve yeni tarihli ldl sonucu yazmıyor.)	YUPASS NUMARASINDAN ÖNCE TC KİMLİK NUMARASIYLA İDAME TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.

26	• VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET (rapor sut şartlarını karşılamadığı için kesildi)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	• THINCAL 120 MG 84 KAP (Komisyon kararıyla iade edilen reçetede de VA:94,4 kg olup 12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'ini kaybetmemiştir (Bir önceki raporunda VA:94,7)	• İADE SONRASI EKLENEN KİLODA BİR ÖNCEKİ REÇETEYLE AYNI OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
28	• IRDAPIN 150 MG/5 MG 28 FILM TABLET (Rapor uygun değil - SUT EK-4/F Madde 51)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	• INFERJECT 500 MG/10 ML İ.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İÇİN ÇÖZELTİ (1 ADET) (RAPORDA PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK VEYA AÇIKLAMAYA UYGUN ICD 10 KODU YOK.) • KLOGEL-A 75/75 MG 30 KAPSUL (Raporda anjio sonucu yok.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

