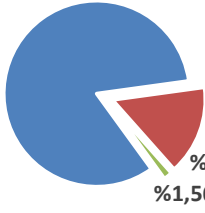


30.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=64

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
53

%82,82



■ ÖDENEN DOSYA

■ ÖDENMEYEN DOSYA

■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

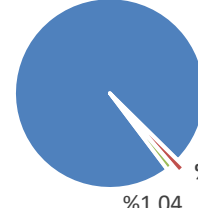
ÜST
KOMİSYONA
GİDEN
DOSYA SAYISI
1

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
10

30.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
3 361 053,25₺

%97,66



■ ÖDENEN DOSYA

■ ÖDENMEYEN DOSYA

■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN TUTAR
36 128,81 ₺

ÖDENMEYEN
TUTAR
44 821,89 ₺

10.10.2025 TARİHLİ 30.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	XARELTO 15 MG 28 FTB (gereken açıklama raporda yoktur)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	ENJEKTOR 2 CC (En fazla 3 ay öncesine ait albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi, serum fosfor düzeyi ve PTH düzeyi sonuçları her reçetede veya raporda belirtilir.) PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (En fazla 3 ay öncesine ait albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum düzeyi, serum fosfor düzeyi ve PTH düzeyi sonuçları her reçetede veya raporda belirtilir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB. (endikasyon uyumu gerekir, açıklama yetersiz)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	AKLOVİR 100 ML SUSP. (endikasyon uyumu yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	EPOBEL 10000 IU/1 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 6 ENJEKTOR (Rapora göre dozu 1X60 olarak düzeltildi)	Myelodisplastik Sendrom endikasyonunda Eritropoietin alfa-beta için maksimum doz haftada 900 IU/kg'ı geçemez. Hastanın güncel kilosu 71 kg olduğu görüldüğünden , doz: 71*900=63900/ hafta şeklinde ödenmesine.
7	OMNITROPE 10 MG (30 IU)/1,5 ML ENJ. ICIN SOLUSYON ICEREN 1 KARTUS (puberte kıstasları raporda belirtilmelidir)	İDAME KRİTERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

8	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN) (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	BIOAK 5 MG 30 TB (endikasyon uyumu gerekir, açıklama yetersiz)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	- ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (raporda malnütrisyon tanımı sut a göre eksik.) RESOURCE 2.0 FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (380 KCAL)(raporda malnütrisyon tanımı sut a göre eksik.) - ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(reçetede hemoglobin değeri belirtilmemiş.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - İADE EDİLMESİNE.
11	- EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (Aynı eczane tarafından biri özel, biri devlet hastanesinde düzenlenmiş kombine ANJİYOTENSİN II RESEPTÖR BLOKÖRÜ raporuyla eşzamanlı ilaç kullanımı) CANTAB PLUS 16 MG/12,5 MG 28 TB (ARB+DIURETİK) (Aynı eczane tarafından biri özel, biri devlet hastanesinde düzenlenmiş kombine ANJİYOTENSİN II RESEPTÖR BLOKÖRÜ raporuyla eşzamanlı ilaç kullanımı) - ABILIFY MAINTENA 400 MG UZUN SALIMLI İM ENJEKSİYONLUK 1 FLAKON (bipolar I bozukluğun idame tedavisinde monoterapi olarak endikedir)	- ANJİYOTENSİN II RESEPTÖR BLOKÖRLERİNİN BİRİNİN KESİLMESİNE - İlacın prospektüsünde sitokrom P450 izoenzimleri ile birlikte kullanımı belirtildiğinden ödenmesine.
12	FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) (Raporda beslenme eksikliği ile ilgili açıklama yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) (raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	- MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT (hastanın teşhisi ile yaşı uyumlu değil.) - LIPANTHYL 267 M KP. (hasta idame hastası değil ve yeni TG sonucu uygun değil.) - LIPITOR 20 MG 90 TABLET (hasta idame hastası değil ve yeni ldl sonucu uygun değil.)	- E-REÇETEDEKİ "primer enürezis nakturna" TANISI ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA GÖRÜNDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE. - EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. - TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE YENİ TAHLİL 70 ÜZERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE

15	AFINITOR 10 MG 30 TB (ödeme koşulunu karşılamayan rapor.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	DEVIT-3 AMPUL (Reçetede 533 uyarı kodu ile ilgili bilgi yok.)	UYARI KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNNE.
17	SPRYTINIB 100 MG 30 FILM KAPLI TABLET (SİSTEMDE GÖRÜLEN END. DIŞI ONAY SÜRESİ DOLMUŞTUR)	TC. KİMLİK NUMARASINDA S.B. ENDİKASYON DIŞI BELGE OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
18	RYTMONORM 150 MG 30 FILM TB. (rapor dozuna düşürüldü)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
19	CRESTOR 20 MG.28 TABLET (hasta idame hastası değil ve yeni ldl sonucu belirtilmemiş.)	EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
20	XARELTO 20 MG 28 FTB (hastanın risk faktörü yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
21	MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL (oral oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalarda" ödenir. e-reçetede bu açıklama yer almadan reçete uyarı kodu 275 girilerek karşılanmış.)	UYARI KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
22	BENEFIX 1000 IU/5 ML IV ENJ COZELTI ICIN TOZ VE COZUCU (raporun açıklamalar kısmındaki doz 1000IU haftada 2 gün)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	ATOR 40 MG.30 TB. (HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMIS ESKI LDL DEGERI ILE ODENMEZ.)	RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
24	CASOMID 50 MG 28 FILM TABLET (raporda endikasyon uyumu yok.)	UYGUN TANI VE KOMBİNASYONDA KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
25	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON ICIN COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (bevasizumab kullanıp fayda görmeme kriterleri raporda olmalı.)	28.01.2019 tarihinden önce tedavisi başlatılan hastalarda bevacizumab yükleme tedavisi aranmadığından ödenmesine.
27	- RAZINA 500 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (60 TABLET) (4.2.15.f maddesine göre rapor eksik) - OFEV 150 MG 60 YUMUSAK KAPSUL (İLACA BAŞLAMA RAPORUNDA EKSİKLİKLER VAR.DEVAM RAPORU İÇİN UYGUN DEĞERLENDİRMELER YOK.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

28	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	PLAVIX 75 MG 28 FTB (Ayaktan tedavi şartlarını karşılmayan reçete. Radyoloji uzmanı yazamaz.)	RAPORSUZ VERİLME KOŞULU BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
30	ATEROZ 20 MG.30 FILM TABLET (İlaca 6 ayadan fazla ara vermiş. Yeniden başlangıça için LDL uygun değil.)	TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL LDL UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
31	AVIRAVIR 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 FİLM KAPLI TABLET) (hastanın 18.10.2019 tarihli antiviral değişimi sut a uygun değil.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
32	JECTERA 10 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN LIYOFİLİZE TOZ VE COZUCU (1 FLAKON + 1 AMPUL) (Rapor açıklaması hastanın durumunu belirtmiyor.Genel ödenme şartlarıdır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	VEGABON 70 MG 4 TB (hastanın günlük steroid kullanımı 5 mg ı geçmemektedir.)	RAPORDA L2-L4 DEĞERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
34	GLIVEC 400 MG 30 FILM TABLET (Birinci basamak tedavi olarak kemik iliği transplantasyonunun düşünülmediyse raporda belirtilmiş olmalı.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
35	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) OLMALIDIR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
36	PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (e raporda kayıtlı serum fosfor düzeyi uygun değildir.)	RAPOR BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN İDAME KRİTERİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
37	RINVOQ 15 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (28 ADET) (ilaca başlama gerekçesi belirtilmemiş. 2. 3 aylık tedavi sonrası değerlendirme yapılamamış.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
38	VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (hastanın 2012 deki ilaç değişimi sut a uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
39	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(raporda ilaca devam kriteri belirtilmemiş.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
40	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

41	RESOURCE JUNIOR FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI/kilo" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
42	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (uyarı kodu raporda olmadığı halde girilmiş)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
43	HEDNAVIR 1 MG 30 FTB (BS AG DEĞERİ VE TARİHİ GEREKLİ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
44	LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET (Rapordaki dozda ödendi.)	RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
45	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (BASDAI 8.2 DEN 8.0 OLMUŞ. 2 BİRİM DEĞİL 0.2 BİRİM DÜZELME OLMUŞ. BU SEBEPLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMEZ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
46	MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT (hastanın tanısıyla yaşı uygun değil.)	MINIRIN MELT REÇETEDKİ "primer enürezis nakturna" TANISI ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA GÖRÜNDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
47	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (raporda ilaca yanıt alındığı belirtilmemiş.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
48	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL) (raporda ilaç adı yok .. ilaç adı olan rapğpor süresi geçmiştir)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
49	EXCALIBA 40/10 MG 28 FILM TABLET (monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamadığının raporda belirtilmesi gerekmektedir)	İADE EDİLMESİNE
50	UNAMITY 4 MG FILM KAPLI TABLET (14 TABLET) (Romatoid artritli erişkin hastalarda; en az bir Anti-TNF ajanı en az 3 ay süreyle kullanmış olmasına rağmen hastalık aktivitesinin kontrol altına alınamadığı (Hastalık Aktivite Skoru (DAS) 28 > 5,1) hallerde veya en az bir anti-TNF ajanına intolerans olması durumunda kullanılır.)	SUT değişikliği öncesi başlandığından rapora yapılan eklemeye göre ödenemsine.
51	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (istemsiiz kilo kaybı olduğu raporda belirtilmemiş)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

52	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
53	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (Güncel kilo belirtilmemiş)	HASTA 9 KG OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
54	POSAGİL 100 MG GASTOREZİSTAN TABLET (İlacın raporda yazdığı gibi B46.5 mukormikoz olarak endikasyonu yok.Raporda açıklamada 1(bir) ay süre ile kullanılması gerektiği yazılmış,bu süre dolmuş.ayrıca yükleme dozunda uzun süre aynı eczaneden verilmiş. Yükleme dolu içinde kullanım süresi dolmuş.Bu nedenlerle ilaç bedeli ödenmedi.)	İADE EDİLMESİNE.
55	RESOURCE JUNIOR FIBRE CİKOLATA AROMALI 200 ML(300 KCAL) (raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
56	FORSTEO 20 MCG/80 MCL KULLANIMA HAZIR ENJ. KALEMI (2 veya daha fazla kırığı olduğu röntgenle kesin tanı konulmuş osteoporozlu hasta olması şartı ile ödenir)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
57	VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET (RAPOR ACIKLAMA KISMINDA YAZILI OLAN "DAHA ÖNCE ÜÇ BASAMAK (RCHOP,BR,İBRUTİNİB) TEDAVİ ALMIŞ VE NÜKS GELİŞMİŞTİR." İFADESİ İLE ODENMEZ.ENDİKASYON DIŞI KULLANIM.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
58	RESOURCE ENERGY VANİLYA AROMALI 200 ML(300 KCAL) (Malnütrisyona neden olan eşlik eden hastalık veya travma RAPORDA BELGELENMEMİS.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

