

38.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=46

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
38

%82,6



%17,4

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
8

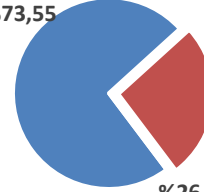
- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

38.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR

1 114 000,54 ₺

%73,55



%26,457

ÖDENMEYEN
TUTAR
400 696,69 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

18.12.2025 TARİHLİ 38.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	EVASIF 245 MG 30 FTB (Raporda hastanın 2013 teki ilaç değişim gerekçesi belirtilmemiş.)	İLAÇ DEĞİŞİM KRİTERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
2	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (RAPORDAKİ DOZU=1*1 / HAFTA)	Rapora göre 2 Hafta'da 1(Defa) X 40('er) MG uygulanması gerektiğinden rapor bitiş tarihine kadar 3 kutu ödenmiştir. İtirazın reddine.
3	RESOURCE 2.0 FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (380 KCAL) (RAPORDA ADI OLMAYAN İLAC VERİLMİŞ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	TAGRISSO 80 MG- (Opere metastatik HASTA. PROSPEKTUSUNDE BULUNAN ENDİKASYONU SUTA EKLENMEDİĞİ İCİN ENDİKASYON DISİ BELGE İLE ÖDENMEZ.(Tam tümör rezeksiyonu ardından ve adjuvan kemoterapi kullanılması halinde...)	Tam tümör rezeksiyonu ve adjuvan kemoterapi aldıysa adjuvan kemoterapisinin tamamlanmasının ardından...(KHDAK) olan yetişkin hastaların adjuvan tedavisinde.. endikasyonunda reçete karşılama aşamasında da eczacının uyarı verdiğinden ve bu endikasyonda Kurumca ödenmediğinden itirazın reddine.
5	- MICTONORM 45 MG SR SUREKLİ SALIMLI 30 KAPSUL (raporda oral oksibutinine yanıt alınamadığı ya da tolere edemediği belirtilmemiştir. - RINVOQ 15 MG UZATILMIŞ SALIMLI TABLET (28 ADET) (raporda tedaviden fayda gördüğü belirtilmemiştir.) - LIPANTHYL 267 M 90 KAP (hasta idame hastası değil ve yeni TG sonucu raporda belirtilmemiştir.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. 16/09/2025 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

6	- PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL) (Rapor uygun değil - SUT 4.2.8.A-(1)-c) 3H7K75S-RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL) (Rapor eksiğinin SUT 4.2.8.A-(1)-a)-2) maddesine göre tamamlatılması Örneklem Listesinde)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - ÖRNEKLEME LİSTESİNDE OLDUĞUNDAN DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.
7	- FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA ADI OLMAYAN ILAC VERİLMİS.) - RESOURCE JUNIOR VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda ODENİR.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF)(raporda idame kriterleri belirtilmemiş)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	- BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (rapordaki doz girildi.) - TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB. (diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda kullanılır.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	- CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK) - REMICADE 100 MG IV INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMADA KULLANILACAK KONSANTRE ICIN TOZ 1 FLAKON (ANT TNF(STEROİD (LOKAL ve SİSTEMİK), AZATHİOPRİNE, SİKLOSPORİNE İNTOLERAN/DİRENÇLİ BEHÇET ÜVEİTİ VEYA DİĞER NON-ENFEKSİYÖZ ÜVEİTLERİN TEDAVİSİNDE KULLANILIR.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	- EPLEDAY 25 MG 30 FILM TABLET (rapor sut şartlarını karşılamıyor) - OFEV 100 MG 60 YUMUSAK KAPSUL (rapor sut şartlarını karşılamamaktadır)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - BİR ÖNCEKİ RAPORA GÖRE FVC DEĞERİNİN %10 DAN FAZLA DÜŞMEDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
12	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(hasta daha önce Bifosfonatları kullanmamış.)	RAPORDA SUTA UYGUN OLARAK BÖBREK YETMEZLİĞİ NEDENİYLE KULLANAMADIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

13	• INFATRINI 200 ML(200 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.) • ENSURE PLUS FIBER VANILYA AROMALI 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. • YETİŞKİN HASTADA MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
14	• VENTOLIN NEBULES 20 NEBUL (07.08.2025 de 3*2 dozda inhaler formu alınmış.Rapor dozu aşılmış.Hasta elinde ilaç mevcutken karşılanmış.)	• 07/08/2025 TARİHİNDE RAPORDAKİ TOPLAM 4*2 DOZUNU GEÇMEDİĞİNDEN VE 15 GÜN ÖNCESİ ERKEN ALIM OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
15	• XARELTO 20 MG 28 FTB orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.) • JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda kullanılır.) • MOFECEPT 500 MG 50 FTB (raporda endikasyon uyumu yok.Örnekleme Listesinde) • BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET (hasta 2022 de ilaç değiştirmiş ve gerekçe belirtilmemiştir. • LATIXA 500 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB- (sutta istenen şartları sağlamıyor.) • DUPIXENT 300 MG/ 2 ML- (hastanın ilaca başlama kriterleri sut a göre eksik.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ OLDUĞUNDAN TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	• LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET(BİR ÖNCEKİ ALIMA GÖRE KESİNTİ YAPILDI.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	• DIYATIX 50 MG -8RAPĞORDAKİ DOZU=1*1 • LATIXA 375 MG(Kronik stabil angina pektorisli hastaların semptomatik tedavisinde beta blokör ve/veya verapamil-diltiazem tedavisine rağmen anjinası devam eden veya bu ilaçlara intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda, kardiyoloji uzmanlarınca düzenlenen 2 yıl süreli uzman hekim raporuna istinaden kardiyoloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	• RESOURCE PROTEIN CIKOLATALI 200 ML(250 KCAL)(raporda . resource glutamin 3x2 adet/gün resource 2.0 fibre 1x1 adet/gün supportan drink 1x1adet/gün yazılı)	• RAPOPRA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	• RAPOPRA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
19	• FLANTADİN 6 MG.20 TABLET (RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.) • CLONEX 100 MG.50 TABLET-(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.	• RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDA İTİRAZIN REDDİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
20	• FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (malnütrisyon tanımı yaşına uygun değil.)	• YETİŞKİN HASTADA MALNUTRİSYON TANIMI UYGUNDUR. ANCAK EŞLİK EDEN HASTALIK OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	• INSPRA 25 MG 30 FTB (Rapor açıklaması genel ödenme şartlarıdır.Hastada hangi durum varsa belirtilmeli.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
22	• LEVOTIRON 175 MCG 50 TB (Hasta elinde ilaç var.)	• REÇETEDE 7 GÜNDE 1*3 VE 1*4 OLARAK GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
23	• ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA (hastanın ilacı ilk alışı olduğundan ve HG değeri uygun olmadığından kesinti yapıldı.)	• SUT ta Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir. Hasta Hb seviyesi için takibe alınır ve Hb seviyesi 11-12 gr/dl'nin arasına gelince hastaya idame dozda tedaviye tekrar başlanabilir. Maddesine göre ödenmesine.
24	• IRDAPIN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FILM TABLET (Ödeme koşullarını sağlayan bilgi reçetede yok (SUT EK-4/F Madde 51)	• RAPORSUZ YAZILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

25	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(rapor sut kriterlerine uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	- RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)-(raporda istemsiz kilo kaybı olduğu yazmıyor.) - RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(raporda istemsiz kilo kaybı olduğu yazmıyor.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	FORTINI MULTI FIBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan SD değerlerine göre ODENİR.(5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (<-2SD) OLMALIDIR.))	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
28	PEDIASURE PLUS FIBER VANILYA AROMALI 220 ML RPB(330 KCAL) (raporda sutta istenen yaşına uygun malnütrisyon tanımı yok.)	Çocukluk çağında Crohn hastalığında malnutrisyon gelişmesi aranmadığından ödenmesine.
29	ELOCTA 1500 IU IV ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN TOZ VE COZUCU (Rapor dozuna göre düzeltildiğinde 1500 IU formu ilk alışı olduğundan otomatikman oluşan kesinti.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE HAFTADA 1*3 OLARAK ÖDENMESİNE.
30	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL) (HASTANIN İNEK SÜTÜ ALLERJISI BULUNMAKTADIR .İlk iki yaşta inek sütü alerjisi İLE ODENİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

