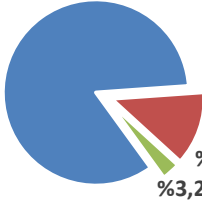


31.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=62

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
52

%83,88



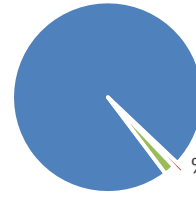
■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN
DOSYA SAYISI
2
ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
8

31.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
2 694 154,27₺

%97,34



■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN TUTAR
50 552,42₺
ÖDENMEYEN
TUTAR
23 336,18₺

16.10.2025 TARİHLİ 31.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) (DSÖ STANDARTLARINA GÖRE KILOSU 2 STANDART SAPMANIN ALTI İSE BEDELİ ÖDENİR) - FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) (Serebral palsy (Malnütrisyon gelişmiş hastalarda muafiyet kapsamındadır)RAPOR MALNUTRISYON TANIMI İLE TAM UYUMLU OLMADIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ) - PEDIASURE FIBER CİLEK 220 ML SOL(220 KCAL) (DSÖ STANDARTLARINA GÖRE AĞIRLIĞI 2 STANDART SAPMANIN ALTINDA İSE BEDELİ ÖDENİR - PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (DSÖ STANDARTLARINA GÖRE VKİ 2 STANDART SAPMANIN ALTI İSE BEDELİ ÖDENİR)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORDA DSÖ STANDARTLARINA GÖRE VKİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (evresi belirtilmemiş)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	ALATAB 600 MG 30 FTB (Reçete "254 - Diyabetik nöropatik ağrı / periferik diyabetik polinöropati" uyarı koduyla kaydedilmiştir. Fakat bu uyarı kodu için gerekli açıklama reçetede bulunmadığından ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORSUZ REÇETEDe UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

4	• REMICADE 100 MG IV INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMADA KULLANILACAK KONSANTRE ICIN TOZ 1 FLAKON (ANT TNF (İlacın dozu hastanın kilosuna göre belirlenmektedir. Dozun hesaplanabilmesi için istenen bilgi olmadığından ödeme dışı bırakılmıştır.) • REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF) (İlacın dozu hastanın kilosuna göre belirlenmektedir. Dozun hesaplanabilmesi için istenen bilgi olmadığından ödeme dışı bırakılmıştır.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	• EYLEA (Önceki raporların kopyasıdır.Değerlendirme tarihi 14.05.2025 dir.Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.) • EYLEA-(Önceki raporların kopyasıdır.Değerlendirme tarihi 14.05.2025 dir.Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	• VIRATIT 0,5 MG 30 FILM TABLET (Güncel tetkik değeri eklenmelidir.Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti-HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	• CEDRINA 100 MG.30 FILM TABLET (RAP.1*1 HASTA 50 MG. İLAÇ ALMIŞ)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	• LIPITOR 20 MG 90 TABLET (iade sebebi giderilmediğinden bedeli ödenmedi.) • LIPANTHYL 160 MG 30 FTB (iade sebebi giderilmediğinden bedeli ödenmedi.)	• RAPORDA UYGUN LDL VE TG DEĞERİ BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
9	• FOSAMAX 70 MG.4 TB. (L2-L3 T SKORU İLE ODENMEZ.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

10	- 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 " değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.) - 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 " değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	HER İKİ REÇETE İÇİN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	ATOR 40 MG.30 TB. (En az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeyleri gerekli.Ölçüm tarihleri arasında bir hafta yok)	6 GÜN ARAYLA YAPILAN LDL ÖLÇÜMLERİ YÜKSEK OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
12	- TEBOKAN INTENS 120 MG 30 TABLET (rapordaki doz 1*1 ancak 2*1 olarak reçetelenmiş) - FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (DSÖ kriterlerine göre VKİ 2 standart sapmanın altında ise bedeli ödenir)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	- PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD),ise DSÖ kriterlerine göre ödenir ayrıca muzlu ve çilekli formu ayrı ayrı 2*1 olarak girilmiş günde 4 adet kullanıyor görülüyor) - PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD),ise DSÖ kriterlerine göre ödenir ayrıca muzlu ve çilekli formu ayrı ayrı 2*1 olarak girilmiş günde 4 adet kullanıyor görülüyor)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	- ZARZIO (Raporda endikasyon uyumu için gerekli açıklama veya icd 10 kodu yok.) - AFINITOR 10 MG 30 TB (Farklı seri kemoterapi alınmış.) - EYLEA-(Eski raporlardaki oct değeri yazıyor.Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. 28/01/2019 TARİHİNDEN ÖNCE TEDAVİYE BAŞLANDIĞINDAN YÜKLEME DOZU ŞARTI

	maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.Bevasizumab kullanımı ile ilgili açıklama da yok.) SUGVIDA 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET(Rapordaki ilk açıklamaya uygun ilaç (klopidogrel) geçmişİ yok.Diğer açıklama da hastaya ait değil.)	BULUNMAMAKTADIR. RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	ATOR 40 MG.30 TB. (İdame tedavi değildir.İlaçlar aynı eczane tarafından karşılanıyor.Ldl ölçüm tarihi rapor tarihiyle uyumlu değil.)	RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
16	ULTROX 40 MG 28 FILM TABLET 211,66 (6 aydan fazla ara vermiş. 70 LDL ile yeniden başlangıç kriterini karşılamıyor.)	EK HASTALIĞI BULUNDUĞUNDAN VE RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
17	ALVASTIN 20 MG 90 FILM TABLET (Son 6 ay içerisinde ilaç kullanımı bulunmamaktadır.)	TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
18	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB (Kmy ölçüm sonucu Sut a uygun değil)	KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
19	- GLEDIS 0,5 MG 28 SERT KAPSUL (Birbirini takip efemMRG lerdelezyon yükündeki artış;yeni t2 lezyon,aktif lezyon veya mevcut lezyonda büyüme olarak belirtilmelidir.) - LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (Endikasyon uyumunu tespiti edilemedi.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF) (İlaca başlama kriterleri ile kullanım şartları uygun değil.Devam kriterleri uygun değil.)	İDAME TEDAVİ KRİTERİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
21	MISOL 100 MG 28 FILM TABLET (SSRI) (RAPORDAKI ILAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	TARDEN 40 MG.30 FILM TB. (Son altı ay içerisinde ilaç kullanımı bulunmamaktadır.Güncel tetkik değeri gereklidir.)	EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB. (Endikasyon uyumu tespiti edilemedi.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

24	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. (Rapor başlangıç tarihinden geriye dönük altı ay içerisinde ilaç kullanımı bulunmamaktadır.)	İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	ALIPZA 2 MG FILM TABLET (Rapor başlangıç tarihinden geriye dönük 6 ay içerisinde ilaç kullanımı bulunmamaktadır.Güncel tetkik değerleri ve tarihi gereklidir.)	EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI (200 ML)(300 KCAL) (SD değeri uygun değil! 5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) olmalıdır (VKİ: 14.8 SD (z-score): -1.75)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	DEFEJACT 500 MG DAGILABİLİR TABLET (28 TABLET) (organ hasarı oluşan ya da organ hasarı riski bulunan hastalarda bu durumun belirtildiği raporla ödenir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	XTANDİ 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (GONADOTROFİN SALİVERİCİ HORMON ANALOGU (ELİGARD® 22,5 mg) ile kombinasyon için endikasyon dışı belge gerekli (Visseral metastazı olmayan metastatik hormona duyarlı prostat kanserli hastada sadece androjen düşürme (casodex) tedavisiyle birlikte kullanılmalı)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (Rapordaki endikasyonu eksik.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	ATOR 10 MG.30 TB. (HASTA İLACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEGERİ İLE ODENMEZ.)	EK HASTALIĞI BULUNDUĞUNDAN VE RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
31	ARLEC 6,25 MG 28 TB (BETA BLOKOR) (RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (Endikasyon uyumu için raporda yeterli açıklama yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	- EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL (Bir önceki rapor açıklaması kopyalanmış.Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.Ayrıca başlama kriterleri de yok.) - LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (Bir önceki rapor açıklaması kopyalanmış.Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.Ayrıca başlama kriterleri de yok.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. 28.01.2019 tarihinden önce tedavisi başlatılan hastalarda yükleme dozu aranmadığından ve güncel oct belirtildiğinden ödenmesine.
33	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (Tanıya göre rapor açıklaması uygun değil.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
34	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (65 yaş ve üzeri hastalarda yalnızca; alzheimer tipi demans, vasküler demans miks formlarındaki demans sendromları endikasyonlarında ödenir)	MEDULADA ÖDENİR KAYITLARI BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
35	ILARIS 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (1 ML X 1 FLAKON) (son 3 ayda yapılan kontrollerde atak sıklık ve şiddetinin azaldığı belirtilmemiştir.)	AA amilodoz saptananlarada raporda hastanın tedaviden fayda gördüğü belirtildiğinden ödenmesine.
36	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (RAPORDA 8 hafta süre ile sistemik kortikostreoidler ve klasik immunsupresiflere yanıtıdır/tolere edememektedir YAZILI ANCAK SUTTA Kortikosteroidler ve 6-MP veya AZA ile uygun dozlarda ve en az 8 haftalık sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
37	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (Hastanın bifosfonat tedavisi yok.)	İLK OSTEOPOROZ RAPORU VE ÖNCESİNDE BİFOSFONAT KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.

	- VIRTENIX 245 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(Güncel değerler ve ölçüm tarihleri yok.) - XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (Hasta anti androjen ilaç tedavisi almıyor.) - FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTI (Aromatoz inh.tedavisi 06/2022 de bitmiş.05/2024 de ilaca geçilmiş.aromatoz inh.sonlandıktan sonra 12 ayı geçmiş.İlk rapor metastatik,valamor raporunda 12.ay metastaz geliştiği yazıyor.) - VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET) (Aromatoz inh.tedavisi 06/2022 de bitmiş.05/2024 de ilaca geçilmiş.aromatoz inh.sonlandıktan sonra 12 ayı geçmiş.İlk rapor metastatik,valamor raporunda 12.ay metastaz geliştiği yazıyor.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - ELİGARD TEDAVİSİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
38	- DEPARTON 20 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET) (rapordaki PAB değeri SUT a uygun değil.) - CONVULEX 100 ML.SURUP (Rapordaki doz girildi)	- SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ TEDAVİYE BAŞLANDIĞINDAN VE KOMBİNE TEDAVİYE GEÇTİKTEN SONRA BAŞLANGIÇ KRİTERİ ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. - RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
39	THINCAL 120 MG 84 KAP (12 hafta sonunda vücut ağırlığının en az %5'inin kaybolmaması halinde tedavi kesilecektir. Bir önceki raporunda VA: 94.7 KG)	GÜNCEL DEĞER VE BİLGİLER REÇETEDE BULUNMADIĞINDAN İADE EDİNMESİNE.
40	HEPAGARD 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (06.11.2009 dan itibaren ilaç başlaması için raporlarda açıklama bulunmamaktadır.tenofovir ile başlanmış ancak.17.12.2014 raporunda 22.06.2011 tarihinden beri lamivudin aldığı ve ilgili değerleri(başlama kriterlerine uygun açıklama)belirtilmiş.Ancak hastanın böyle bir raporu yok.Ayrıca 06.04.2023 de ilaç değiştirilmiş.Yan etkinin ne olduğu yazılmamış.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	TEGRETOL 100 ML.SURUP (Doz 2X4 (100mg) girilmeliydi)	RAPOR DOZU AŞTIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
42	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA (ferritin: 44 ile oral veya intravenöz demir tedavisi başlanır)	FERRİTİN DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

43	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan " değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	PLETAL 100 MG 60 TABLET (iki veya daha fazla antiplatelet/antikoagulan ilaç kullanımı (Rapor SILOSTAZOL,ASETİLSALISILIK ASİT,RIVAROKSABAN için çıkmış)	REÇETE TARİHİNDE PLETAL HARİCİNDE TEK ANTİAGREGAN OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.

