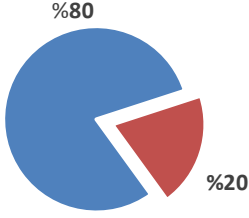


4.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=21

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
17

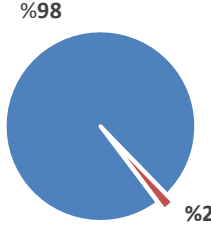


■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
4

4.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
1 459 887,0 ₺



■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÖDENMEYEN
TUTAR
18 998,98 ₺

02.02.2026 TARİHLİ 4.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	POMALEM 3 MG SERT KAPSUL (21 SERT KAPSUL) (daratumumab (hastanede) ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması için endikasyon dışı belge gerekli)	RAPOR DARATUMUMAB SC. MADDESİNE UYGUN OLDUĞUNDAN VE RAPORA EKLEMeye YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
2	- REDEPRA -(Rapor dozu 1*1'dir. İlaç alım tarihinde hastanın elinde 15 mg.lik formu mevcuttur ve doz karşılanmıştır. Doz aşımından dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.) - SNOXX-MET -("Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastada bedeli ödenir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) - GLIFLOMED 2("Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastada bedeli ödenir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) - ATOR 20 MG 90 FILM TABLET- (Bu raporla ilaç alımı başlangıç tedavisi kriterlerine uygundur. LDL ölçüm tarihinin rapor başlangıcıyla uyumlu olması gerekir (son 6 ay). Ölçüm tarihi belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır (Rapor başlangıcından beri ilaç aynı eczaneden temin edilmektedir).	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

3	LIVERCOL 10 MG 28 FTB (hasta idame hastası değil ve yeni ldl sonucu yok.)	TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTİ (Bu raporla tedaviyi idame tedavi olarak almaktadır. "Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	- CRESTOR 10 MG.28 TABLET ("Bu raporla ilaç alımından önce tedaviye 6 aydan fazla ara vermiştir. İdame tedavi değildir, başlangıç kriteri aranır. Başlangıç kriterine göre değerlendirildiğinde; LDL ölçüm tarihi ile rapor düzenleme tarihi uyumsuzdur." Bu sebepten ötürü ödeme dışı bırakılmıştır.) - TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ("Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastada bedeli ödenir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) - SKYRIZI 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM ("Reçete ve rapor kişiye özeldir. Kişinin mevcut durumunu belirtir. Rapor, ilacın genel ödeme kriterlerini içermektedir." Bu sebepten ötürü ödeme dışı bırakılmıştır.)	- TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	PK-MERZ 100 MG 90 TB (sisteme girilen uyarı kodu raporunda da reçetede olmadığı için kesildi)	REÇETEDEKİ PARKİNSON TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
7	- LUCENTIS - (SUT 4.2.33/3 MADDESİNE GÖRE AÇIKLAMA EKSİK) - LUCENTIS- (SUT 4.2.33/3 MADDESİNE GÖRE AÇIKLAMA EKSİK) - ELREXFIO 76 MG/1,9 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ (1 ADET) (SUT 4.2.14-C/3-uuu maddesine göre raporda yanıt belirtilmemiş)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (5yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (< -2SD) olmalıdır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

9	- GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN) ("Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastada bedeli ödenir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.) - PLAVIX 75 MG 28 FTB ("Anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı olan hastada bedeli ödenir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	- REÇETEEYLE İLGİLİ RAPORDA AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REEDDİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	PEDIASURE PLUS VANILYA 220 ML SOL(330 KCAL) (RAPORDA ADI OLMAYAN İLAC VERİLMİS.)	RAPORDA VERİLEN MAMA ADI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
11	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. (KMY değeri sut ta istenen aralıkta değil.)	RAPORDAKİ ICD-10 VE FEMUR BOYUN KIRIĞI T-SKORU: -1.8 AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
12	APTAMIL PREGOMIN SYNEO 400 G (1896 KCAL) (AYDA 12 KUTU VERİLEBİLECEĞİNDEN VE ECZACI DOZU HATALI GİRDİĞİNDEN FAZLA VERİLEN KUTU ADEDİ DÜŞÜLEREK ÖDENDİ.(RAPORDA VERİLEN TÜM DOZLAR AYNI ECZANEDEN ALINMIŞ)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda 5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık (<-2SD) OLMALIDIR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

