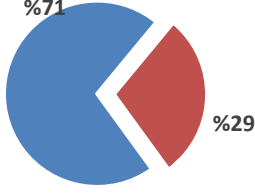


35.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=64

ÖDENEN DOSYA
SAYISI

46



ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
18

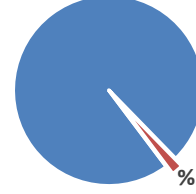
- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

35.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR

4 068 400,22 ₺

%97,98



ÖDENMEYEN
TUTAR
83 821,7 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

27.11.2025 TARİHLİ 35.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF) (raporda sutttaki madde aynen rapora geçirilmiş hastaya ait durum belirtilmemiş)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	TANSIFA 32 MG/5 MG TABLET (28 TABLET) (Anjiotensin reseptör blokerlerinin diğer antihipertansifler ile kombinasyonlarının kullanımında; hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamadığının raporda belirtilmesi gerekir)	RAPORSUZ İLAÇ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	RESOURCE JUNIOR CİLEK 200 ML(300 KCAL) (raporda (resource junior fiber) ürününden günlük 6x1 pozolojide aylık 180 kutu tüketimi olacaktı yazılı ancak resource junior verilmiş)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	- LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (raporda yapılan açıklama hastaya özgü olmadığı için kesildi) - VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(raporda yapılan açıklama hastaya özgü olmadığı için kesildi)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	- PLAVIX 75 MG 28 FTB (Hastaya ait eklenen reçetede ilaçlar hatalı girilmiş.) - RAZOGEN 20 MG 28 ENTERİK KAPLI TB(Hastaya ait eklenen reçetede ilaçlar hatalı girilmiş.)	KAĞIT REÇETE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

6	MEGACE 160 MG.30 TB. (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	PEDIASURE FIBER MUZ AROMALI 220 ML SISE(220 KCAL) (rap. farklı bes. sol.mevcut)	RAPORDA PEDİASURE PLUS FİBER YAZILI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
8	- LIPANTHYL 160 MG 30 FTB (rap. LDL mevcut trig. değ. Yok) - LUSTRAL SPECIAL 100 MG 28 FILM TB. (SSRI) (rap. 1*1)	- RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. - RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	TEOKAP SR 200 MG.30 KAPSUL (rapordaki doza göre kesildi)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	SELECTRA 25 MG 28 FTB (KAP) (SSRI) (rap. 1*1 hasta 100 mg.. dan ilaç almış)	100 MG FORM 2024 YILINDA ALINDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
11	ZARZIO - (5 ENJEKTOR) (Raporda endikasyon uyumu için açıklama veya icd 10 kodu yok.İlgili rapor seçilmiyor.8681428951086 barkodlu ilacın ayaktan raporlu ödenmesi için gerekli şartlar sağlanamıyor. Sebep(ler)i ; * maksimum rapor süresi uyumsuz, (378656)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	EXCALIBA PLUS 40 MG/ 10 MG/ 12,5 MG 28 FILM KAPLI TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	REVOLADE 50 MG 14 FTB (hastanın 1 sene önceki verilerine göre ilaç ödenmediği için kesildi)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
14	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) (Rapor eksiğinin SUT 4.2.8.A-(1)-c) maddesine göre tamamlanması gerekçesiyle iade edilmiş, rapor eksiği tamamlanmamıştır.)	İADE SONRASI DSÖ STANDARTLARINA GÖRE HESAPLANDIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
15	MAVENCLAD 10 MG TABLET (6 TABLET) (ilacın kullanımını SUT 1) Son 1 yıl içinde en az bir atak geçirmiş olmak, 2) MRG'lerde lezyon yükünde artış (yeni T2 lezyon veya aktif lezyon veya mevcut lezyonda büyüme), 3) Doğrulanmış (6 ay içinde geri dönüşümsüz) EDSS ölçeğinde en az 0,5 puan artışı.şartlarından ikisini gerçeklemesine bağladığı için endikasyon dışı belge olsa da bedeli ödenmez)	S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.

16	FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (Raporda SD veya VKİ değerleri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplandığı belirtilmelidir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP (ILAC DOZU DUZELTILDI.)	BAŞLANGIÇ TEDAVİ OLDUĞUNDAN VE GÜN AŞIRI UYGULANABİLECEĞİNDEN KİLO VE DOZ BİLGİSİ İÇİN İADE EDİLMESİNE.
18	CABOMETYX FILM KAPLI TABLET 60 MG (Hastanın 4.2.14.C.3- ccc) Cabozantinib kullanım ilkeleri ne uyan durumu yok.İdameye uygun açıklama da yok.)	Daha önce anti-PD-1 monoklonal antikoru kullandığından e rapora ekleme yapıldığından ödenmesine.
19	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF) (Rapor uygun değil. Başlangıç için yeterli süre ve dozda ilaç (metotreksat) kullanımı yok.)	RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
20	- ATOR 20 MG.30 TB. (idame ted. değil. eski tar. LDL mevcut 6 aydan fazla ara ver.) - CRESTOR 10 MG.28 TABLET (idame ted. değil. eski tar. LDL mevcut)	- TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. 2020 YILINDAN İTİBAREN İDAME TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
21	TARDEN 40 MG.30 FILM TB. (Idl tahlil tarihinden sonra ilaç kullanılmadığı için kesildi)	TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
22	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (Sağlık kurulu raporunda belirtilmek kaydıyla; inme veya geçici iskemik atak öyküsü, => 75 yaş, kalp yetmezliği NYHA Sınıf => II, diabetes mellitus veya hipertansiyon durumlarından bir ya da daha fazlasına sahip olan orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.Risk faktörlerinden herhangibiri yok.Ayrıca Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan hasta olduğu belirtilmiyor.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	VESICARE 5 MG 30 FTB (275 uyarı kodunu doğrulamayan rapor içeriği)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
24	EZETEC(En az 6 ay boyunca statinlerle tedavi edilmiş olmasına rağmen LDL düzeyi 100 mg/dL'nin üzerinde kalan hastalarda bu durumun belgelenmesi koşuluyla...)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

	• INSPRA 25 MG 30 FTB(Eplerenon;Yalnızca spironolakton tedavisi altındayken jinekomasti gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen;a) Akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ((LVEF &#8804; %40) hastaların tedavisinde,b) Standart tedaviye ek olarak, kronik kalp yetmezliği (NYHA Sınıf II) ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (LVEF &#8804; %30) olan yetişkin hastaların tedavisinde,kardiyoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelenebilir.) • JINARC 30 MG 28 TABLET(Son bir ay içinde 2 defa yapılan ölçüm sonunda CKD-EPI formülü ile hesaplanmış aşağıdaki glomerüler filtrasyon hızı değeri aranır.(Tarih aralığı 1 ay geçmiş ve Açıklama eksik)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • 05/11/2024 VE 22/10/2024 TARİHLERİNDE (SON BİR AY İÇİNDE) GFR DEĞERLERİ BELİRTİLDİĞİNDEN, MAYO CLİNİK SINIFI 1-D BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
25	• CETROTIDE 0.25 MG.LİYOFİLİZE 1 FLK... (Rapor ıcd 10 kodu uygun değil.) • GONAL-F 900 IU KUL.HAZIR ENJ.KALEMİ (Rapor ıcd 10 kodu uygun değil.) • OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR (Rapor ıcd 10 kodu uygun değil.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	• ATOR 40 MG.30 TB. (İdame tedavi değil.Ldl ölçüm tarihi uygun değil.)	• RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
27	• KEPPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR (rap. 2*500 mg. dan 2*5) • RISPERDAL 3 MG.20 TABLET (rap. 1*30mg) • UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET (Diyabetik nöropatik ağrı ve periferik diyabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde;) • VASTAREL MR 35 MG 60 FTB (rap.1*1) • DEPREKS 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) (rap.1*1)	• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • uyarı kodu açıklaması olmadığından itirazın reddine. • RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
28	• BIZMOPEN 262 MG 30 CİGNEME TABLETİ (Reçetede 456 kodu ile ilgili bilgi yok. 457 kodu için ödeme koşulları uygun değil.)	• UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

29	LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET (Rapor dozu 1*1'dir. İlaç alım tarihinde hastanın elinde 75 mcg.lik formu vardır ve doz karşılanmıştır. Doz aşımından dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
30	CEDRINA 200 MG.30 FILM TABLET (Hasta elinde ilaç var.)	RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
31	- PHEALERA 10 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (hastaya 05/05/2025 de masitentan başlanmış 28/05/2025 de tadafıl eklenerek kombine tedaviye geçilmiş oysa kombine tedaviye geçilmesi sutta belli şartlara bağlanmış bu şartlara uymadığı için bedeli ödenmedi) - RYZODEG PENFILL 100 U/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS (5 KARTUS) (analog karışım veya uzun etkili insülinlerden birini kullanmış olmasına rağmen kan şekeri labil seyreden ve/veya sık hipoglisemik olay geçiren ve/veya hipoglisemi riski yüksek ya da regülasyon sağlayamayan hastalarda bedeli ödenir)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
32	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (rapordaki teşhise göre ödenmez)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	DESAL 40 MG 50 TB (Reçete açıklamasına istinaden doz yeniden kaydedildiğinde 1 kutu sistem tarafından ödeme dışı bırakılmıştır.)	E-REÇETEDEN HAFTADA 2 KERE KULLANIM UYGUN GÖRÜLDÜĞÜNDEN DOZ DÜZELTMESİ YAPILMIŞTIR. İTİRAZIN REDDİNE.
34	VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (hastanın güncel hbs ag değeri bulunmamaktadır.1 sene önceki bilgilere göre ödenmez.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
35	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (malnutrisyon tanımı uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
36	SOMAVERT 20 MG 30 FLK (önceki raporun tarih-sayısı ile kaçınıcı rapor olduğu belirtilecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
37	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (Raporda endikasyon uyumu için yeterli açıklama yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
38	DROPOETIN 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SIRINGA (Ferritin veya tsat uygun değil.)	18/08/2025 TARİHLİ UYGUN TAHLİL EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

39	GOLD FINE PLUS INSULIN KALEM İGNE UCU 32GX4MM (İnsülin iğne ucu rapora günde 1*1 olarak girilmiştir fakat reçeteye günde 4*1 girilmiştir. rapordaki doza uygun olarak reçetede ki iğne ucu dozu günde 1*1 şeklinde değiştirilince sistem 2 kutu iğne ucundan 1 kutuyu kesmiştir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
40	- LIPITOR 40 MG.30 FILM TB. (İdl tahlil tarihinden sonra ilaç kullanılmadığı için kesildi.) - LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (rapordaki teşhisle ödenmez)	- TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.
41	FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 İNH.) (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda kul.)	12/11/2024 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
42	IRDAPIN PLUS 150/10/12,5 MG 28 FILM TABLET (rapor şartları sut a uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
43	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (dsö kriterlerine göre malnutrisyon tanımı uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
44	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET (Rapor uygun değil - SUT 4.2.15.A- (3)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
45	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF) (rapor uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
46	EMEND 3 KAPSUL (rapordaki teşhisle ödenmez)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
47	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (raporda endikasyon eksik belirtilmiş.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
48	FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET) (t değeri uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
49	PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (dsö kriterlerine göre malnutrisyon tanımı uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
50	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN (Her gün tek doz verilir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE 1*65 DOZUNDA ÖDENMESİNE.
51	EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL (SNRI) (rapordaki doza göre kesinti yapıldı)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

52	• VENTOSAL 2,5 MG/2,5 ML NEBULİZASYON İCİN İNHALASYON COZ ICEREN TEK DOZLUK 20 FLK ("Reçete "231 - Astım" uyarı kodu seçilerek kaydedilmiştir. Fakat bu uyarı kodu için gereken teşhis kağıt reçete içeriğinde bulunmamaktadır." Uyarı kodu reçeteyi kaydedebilmek için sistemi yanıltmak amaçlı kullanıldığı için ödeme dışı bırakılmıştır.) • BUDENOSIN 0,5 MG/1 ML NEBULİZASYON SUSPANSİYONU (20 ADET) (IKS) ("Reçete "231 - Astım" uyarı kodu seçilerek kaydedilmiştir. Fakat bu uyarı kodu için gereken teşhis kağıt reçete içeriğinde bulunmamaktadır." Uyarı kodu reçeteyi kaydedebilmek için sistemi yanıltmak amaçlı kullanıldığı için ödeme dışı bırakılmıştır.)	• REÇETEDE UYARI KODU TANISI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
----	--	---

