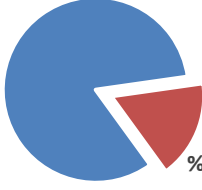


33.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=29

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
24

%82,75



%17,25

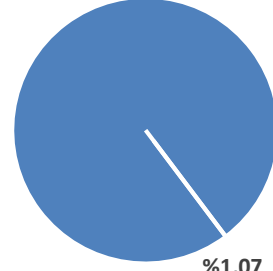
ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
5

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

33.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
3 389 757,04 ₺

%98,93



ÖDENMEYEN
TUTAR
36 805,71₺

%1,07

- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA
-

07.11.2025 TARİHLİ 33.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	LEVOTIRON 175 MCG 50 TB (Hasta elinde ilaç var.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	- PRATİN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET (LDL 177 ODenMEZ.) - FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. (L2 T SKORU İLE ODenMEZ.	- RAPORA EKLENENE ANJİO BULUNMADIĞINDAN VE TEK LDL UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - KMY DEĞERİ VE RAPORA YAPILAN EKLEME UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	PINRAL 100 MG 30 CİGNENEbİLİR/COZUNEbİLİR TABLET (TİTCK listesinde 1. DİRENÇLİ ÜNİPOLAR REKÜRREN DEPRESYON dışında 272 kodu için onaylı teşhis yoktur.)	RAPORSUZ REÇETEDe UYARI KODUYLA İLGİLİ TANI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	PEDIASURE PLUS FİBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET- (hastanın risk faktörü yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	PLAVIX 75 MG 28 FTB (iki veya daha fazla antiplatelet/antikoagülan ilaç kullanımı (asetilsalisilik asit, klopidoğrel, heparin, varfarin, asenokumarol, dabigatran, rivaroksaban veya apiksaban)	REÇETE TARİHİNDE PLETAL KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.

7	• XTANDI -) (XTANDI visseral metastazı olmayan metastatik hormona duyarlı prostat kanserli (mHDPK) yetişkin erkeklerde androjen düşürme tedavisiyle kombinasyon tedavisinde endike olup LHRH reseptör antagonisti (eligard) de ilave edilmiş) (BIKULATAMID+LOPROLID ASETAT+ENZALUTAMID için endikasyon dışı belge gerekli) • AGRILOR-(Asetilsalisilikasit (ASA) ile birlikte uygulanan AGRILOR ,trombotik olayların (kardiyovasküler ölüm, miyokard enfarktüsü ve inme) önlenmesinde endike olup, TROMBOSİT AGREGASYON İNHİBİTÖRÜ olan diğer bir PLAVİX (eski raporla) birlikte fatura edilmiş)	• ELİGARD , ANTiANDROJEN İLE BİRLİKTE KULLANIMI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • SUT UN 4.2.15.G MADDESİ KALDIRILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
8	• PROLIA - (Hastanın bifosfonat geçmişi yok.) • ARVILA (Hasta elinde ilaç mevcut.Endikasyon dışında olan doz girilmemiş.) • LUCENTIS (Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.) • LUCENTIS -(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.Eski raporun aynısıdır.Ayrıca başlama kriterleri de yok.) • ZARZIO - (Raporda endikasyon uyumu için yeterli açıklama yok. • IBANOS 150 MG 3 FTB (Rapor Kmy değerine ve rapor açıklamasına göre,uygun ıcd 10 kodu ile çıkmamış.) • XOLAIR - (İlk idame raporu olarak çıkan rapor uygun açıklama olmadan (ayrıca ilaç geçmişi olmadan) çıkmış.Dolayısıyla devam raporu uygun değil.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • ENDİKASYON DIŞI İZİNDE 500 MG GÜNDE 2*1 DENDİĞİNDEN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • RAPOR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • KMY SONUCU UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • İLGİLİ RAPOR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

	• CRESTOR 10 MG.28 TABLET (İdame tedavi değil.Ldl ölçüm tarihi uygun değil.) • LUCENTIS-(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.Eski raporun aynıdır.Ayrıca başlama kriterleri de yok.) • LENATU- (Raporda 4.2.14.C.3-n) Lenalidomid kullanım ilkelerine uygun durumlardan biri açıklamada yok.Ayrıca hasta Dexametazon kullanmıyor.Yanıt kriteri de uygun değil.) • EYLEA Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; yükleme dozu uygulamalarında ilk muayene değerlendirme kriterleriyle, idame tedavilerde bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilecektir.) • PROLIA -(Hastanın bifosfonat geçmişi yok.) • IMBRUVICA 140 MG 90 KAPSUL (Raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır (Madde 4.2.14.C/3). • LENATU 10 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL) (İlacı daratumumab ve dexametazon la birlikte kullanıyorsa Üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, altıncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olmalı.Raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır (Madde 4.2.14.C/3).	• 18/08/2025 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • HASTANEDE DARATUMUMAB VE DEKSAMETHASON İLE KOMBİNASYON HALİNDE KULLANILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE RAPOR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • HASTANIN İLK RAPORU VE BİFOSFONAT KULLANMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
--	--	---

	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (Bir önceki (4. seans) rapor oct değeri 3.seans değeri belirtilmiş.Raporlarda tedavi etkinliği değerlendirilmemiş.Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.)	BİR ÖNCEKİ RAPOR DÜZELTİLMİŞTİR. MEVCUT RAPOR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
9	- VISCOTEARS 2 MG/G GOZ JELI 10 G (RAPOEDAKİ DOZU=1*1) - BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDAKİ DOZU=1*1) - MATOFIN 500 MG 100 XR TB (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	RESOURCE JUNIOR FIBRE CİLEK AROMALI 200 ML(300 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL) (dsö kriterleri)	SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

