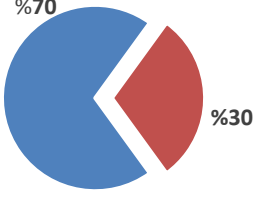


39.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=40

ÖDENEN DOSYA
SAYISI

28



ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI

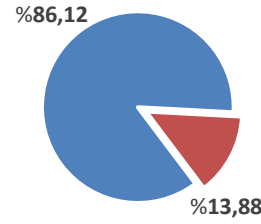
12

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

39.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR

1 203 585,03 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR

167 063,82 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

25.12.2025 TARİHLİ 39.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML VANILYA AROMALI(200 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda ODENİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (9 KG VE 18 AYI GEÇMİŞ)	Doğumdan itibaren 9 kg veya 18 aylık olana kadar kullanılabileceğinden itirazın reddine.
3	DESMONT 5/10 MG 30 FTB (uyarı kodu raporda ve reçetede yok)	MEVSİMSSEL ALLERJİK RİNİT TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
4	VIRTENIX 245 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET) ("HBsAg negatif olduğu durumlarda HBV DNA pozitifliği ve/veya Anti HBc pozitifliği durumlarında" raporda farklı bir sonuç var.)	HBVı karaciğer transplantasyonu yapılan hastalara; biyopsi, viral seroloji, ALT seviyesi yada HBV DNA bakılmaksızın oral antiviral tedavi verilebileceğinden ödenmesine.
5	SYNAGIS 50 MG/0,5 ML IM ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 1 FLAKON (32hft. Premature tanısı ile ödenmez)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF) (Hasta, bu raporla tedavi almadan önce 3.6.25 - 21.10.25 tarihleri arasında Remsima tedavisi almıştır. Başlangıç değil, idame tedavidir. Rapor idame tedavi koşullarına uygun bilgileri içermediğinden dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

7	- FEPATIL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL) (hasta idame hastası değil ve yeni TG sonucu yok.) - VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET (hastanın tedaviye başlama ve devam kriteri uygun değil.)	- TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - İLACA BAŞLAMA VE İDAME DEĞERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
8	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda OZENİR.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖZENMESİNE.
9	VENAPERTA 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (10 ADET) (GEBELİK TESHİSİ İLE RAPORSUZ OZENMEZ.)	REÇETEDKİ GEBELİK TEŞHİSİ İLE RAPORSUZ VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
10	LIPANTHYL 160 MG 30 FTB (TG 163 İLE OZENMEZ.)	TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
11	RESOURCE JUNIOR CİLEK 200 ML(300 KCAL)(Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplananSD veya VKİ değerlerine göre özenir)	İKİNCİ RAPOR İLGİLİ UZMAN HEKİM TARAFINDAN ÇIKARILMADIĞINDAN V EİLK RAPORDA DSÖ KRİTERLERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
12	VERXANT 150 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (BASLANGIÇ RAPORU SURESİ BITMİS.)	BAŞLANGIÇ RAPORUNU SÜRESİ 58 GÜN OLMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
13	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (Hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol alınamadığının belirtildiği bir rapor ya da reçete açıklaması mevcut değildir.)	RAPORSUZ OLDUĞUNDAN ÖZENMESİNE.
14	INFLUVAC 0.5 ML IM/SC ENJEKSİYON İCİN SUSPANSİYON ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (SUT 2.4.3.B MADDESİNE UYGUN OLMAYAN HASTA)	SUT 2.4.3.B MADDESİNE UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	DAPGEON 10 MG- (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda kombinasyon şeklinde, özenir)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖZENMESİNE.

	• ELNAGLIP 5 MG -(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda kombinasyon şeklinde, ödenir)	
16	• POMALEM 3 MG SERT KAPSUL (21 SERT KAPSUL)- (hasta deksametazon ile kombine olarak kullanmamış.)	• RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.
17	• XARELTO 20 MG 28 FTB (VARFARİN KESİLEREK BAŞLANABİLİR.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	• VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA) (RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
19	• INFERJECT 500 MG- (RAPORDA PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK VEYA AÇIKLAMAYA UYGUN ICD 10 KODU YOK.) • TREVICTA 525 MG I.M. -(Paliperidonun 3 aylık depo parenteral formları (Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun kullanımı sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda bu durumun belirtildiği raporla ödenir.3 aylık depo parenteral form ile stabil olan hastalarda tedaviye üç aylık depo parenteral formla devam edilir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	• MINIRIN MELT 60 MCG 30 ORAL LIYOFİLİZAT (SUT EK 4/F 6. MADDEYE UYGUN TANI YOK)	• Yanlızca Primer enurezis nokturna tedavisinde ve santral diabetes insipidus tedavisinde uzman hekimlerce raporsuz reçete edilebileceğinden itirazın reddine.
21	• ELIGARD 22,5 MG ENJ.COZ.İCİN SİRİNG (Hormonal müdahaleye uygun ilerlemiş prostat kanseri tedavisinde Hormonal müdahaleye uygun ve yüksek riskli lokalize ve lokal ileri evre prostat kanserinin radyoterapi ile birlikte kombine tedavisinde endikedir.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	• EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (Rapor, ilaç bedelinin ödenebilmesi için gereken şartları sağlamadığından dolayı ödeme dışı bırakılmıştır.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

23	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (İlaca ara verilmiş.Raporda yazılı değerler eski değerlerdir.Yeni değerler belgelenmelidir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
24	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (Sut "hastanın vücut ağırlığı, boyu ve yaşa göre ağırlık Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplanan VKI/vücut ağırlığı" değerleri şeklinde güncellenmiştir. Bu değişiklik doğrultusunda olmayan malnutrisyon tanımı sebebiyle bedeli ödenmeyecektir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
25	- RESOURCE JUNIOR VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda OZENİR.AYRICA RESOURCE JUNIOR RAPORDA ADI YOK. - RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI (200 ML)(300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda OZENİR.AYRICA RESOURCE JUNIOR RAPORDA ADI YOK.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	ALIPZA 2 MG FILM TABLET (raporda 1dl sonucu yok)	EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	INFATRİN 200 ML(200 KCAL) (dsö kriterleri)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
28	CRESTOR 20 MG.28 TABLET (Raporda 1dl ölçüm değeri ve tarihi yok.)	RAPORA EKLENEN LDL TARİHİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
29	RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL) (Raporda yaşına uygun ve yeterli bir malnutrisyon tanımı yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (Hemodiyaliz tedavilerinde, heparinler Tanıya Dayalı İşlem Puanına dahil olduğundan reçete edilse dahi bedeli ödenmez.)	REÇETEDEKİ TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
31	FORTİNİ 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplandığı yazılmalı)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

	FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplandığı yazılmalı)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (raporda endikasyon uyumu olması gerekiyor.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (Diyabetik nöropatik ağrı ve periferik diabetik polinöropati semptomlarının tedavisinde 254 kod girilmiş)	RAPORSUZ REÇETEDe UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
34	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda hesaplananSD veya VKİ değerlerine göre ödenir)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (Rapor uygun değil - SUT 4.2.38 -(6)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) referans değerleri doğrultusunda ODENİR.)	DSÖ KRİTERLERİNE GÖRE HESAPLANDIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
37	GLINIUM PLUS 85 MCG / 43 MCG INHALASYON TOZU SERT KAPSUL(LABA+LAMA)- (RAPOR AÇIKLAMASI EKSİK)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

