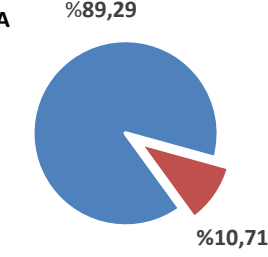


32.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=56

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
50

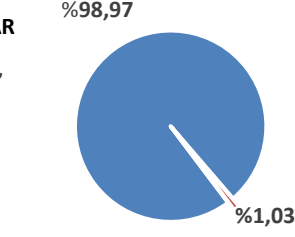


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
6

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

32.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
3 372 797,97₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
35 300,29 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

27.10.2025 TARİHLİ 32.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	- NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (Rapor dozudur.) - LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN (Rapor dozudur.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	- TASIGNA 200 MG.112 KAPSUL (Nilotinib kullanımı için raporda yeterli açıklama yok (Madde 4.2.14.C-3/ı).Ayrıca 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).) - FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB (Kmy ölçüm değeri uygun değil.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. 65 YAŞ ÜSTÜ HASTADA KMY SONUCU UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	- PIRFECT 600 MG 120 FILM KAPLI TABLET(hastanın düzenli ilaç kullanımı yoktur. Mayıs 2023 te 1 kutu sonra Ağustos 2025 te 2. kutuyu almıştır. hastanın raporu sut a uygun değildir.) - CORALAN 7.5 MG 56 FTB (rapor sut a uygun değil)	- BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF) (Bir önceki ilaç raporundaki değerler kopyalanmış.ilaç değişimi yapılmış.Yeni rapor tarihine uygun değerler belgelenmeli.(Başlangıç kriterleri.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

5	• BELOC ZOK 100 MG.20 TB. (BETA BLOKOR) (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	• 20/08/2025 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
6	• FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL) (dsö kriterlerine göre rapor uygun değil)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	• PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (İdame için SD değeri uygun değil. 5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) olmalıdır. VKİ: 13.43 SD (z-score): -1.98)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	• XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (rapor sut şartlarına uygun değil)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	• PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) (dsö kriterleri) • RESOURCE JUNIOR FIBRE CİLEK AROMALI 200 ML(300 KCAL)(dsö kriterleri)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	• AIRTIDE 500 MCG/50 MCG INHALASYON İCİN TOZ İCEREN 60 KAP (LABA+İKS)- (RAPORDA KRİTERLER MEVCUT DEĞİL.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	• PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) OLMALIDIR.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	• RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL (hastanın durumu raporda açıkça belirtilmemiş.)	• S.B. EK ONAY ALINMAYACAK LİSTESİNE GÖRE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
13	• THINCAL 120 MG 84 KAP (İlaca ara verilmiş.Devam raporu niteliğinde çıkartılmış.İlaca başlamak için;daha önce dört ardışık hafta boyunca yalnızca diyetle en az 2,5 kg lık bir kilo kaybı ve obez hastalarda vücut kitle indeksi (BMI) (büyük veya eşit) 40 kg/m2 olmalıdır.Eğer devam edilecekse,12.hafta sonunda değerlendirme yapılır.Tedavinin 12 haftası sonunda hastalarda başlangıçtaki vücut ağırlığının en az %5 ini kaybetmesi halinde tedavinin devamına karar verilirse yeni rapor çıkar.)	• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

14	- RESOURCE -(481 kodu ile girilmiş.Rapor süresi dolmuş.) - ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)V(481 kodu ile girilmiş.Rapor süresi dolmuş.) RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL) (481 kodu ile girilmiş.Rapor süresi dolmuş.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON ICIN COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (hastanın tedaviye verdiği cevap raporda bulunmamaktadır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	- FEPATIL 267 MG SERT KAPSUL (90 KAPSUL) (HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMIS ESKI TG DEGERI ILE ODENMEZ.) - EVASIF 245 MG 30 FTB(HASTAYA AIT GUNCEL DEGERLER BELGELENMEMIS.)	- EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	- BENVIDA 200 MG 56 FTB (Lakozamid; 16 yaş ve üzerindeki parsiyel başlangıçlı epilepsi hastalarında ikincil jeneralize olan veya olmayan nöbetlerin tedavisinde, en az iki antiepileptik ilacın en az 6 ay süreyle tek başına veya kombine kullanımından sonra tedaviye yanıt alınamayan hastalarda ek tedavi veya monoterapi olarak, bu durumların belirtildiği nöroloji uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir.) - ALVASTIN 20 MG 90 FILM TABLET (idame tedavi değil.Ldl ölçüm tarihi uygun değil.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
18	- LUCENTIS-OKT' de merkezi fovea kalınlığının 250 mikron ve üzerinde olması durumunda tedaviyi yürüten hekim tarafından "hastanın tedaviye yanıt verdiğinin" raporda belirtilmesi kaydıyla mevcut anti-VEGF ilaç ile tedaviye devam edilmesi mümkündür) - TADARTER 20 MG FILM KAPLI TABLET (60 TABLET)-DSÖ Grup I pulmoner arteriyel hipertansiyon tanısı sağ kalp kateterizasyonu ile doğrulanan ve sağ kalp keterizasyonu vazoreaktivite testi negatif olan ve pulmoner arter kama basıncı < 15 mmHg olan hastalarda; a)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

	Fonksiyonel kapasiteleri NYHA sınıf II veya III veya NYHA sınıf 4 mu olduğu raporda belirtilmemiş 28/08/2024 de tadalafil monoterapi olarak başlanmış 25/11/2024 de tadalafil-mositendan kombine tedavisine geçilmiş ancak başlangıç ve kombine tedaviye geçiş şartları SUT la uyumlu olup olmadığı belli değil)	
19	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL) (DSÖ STANDARTLARINA GÖRE AGIRLIK 2 STANDART SAPMANIN ALTINDA ISE BEDELI ÖDENİR)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	SECITA 20 MG 28 FILM TABLET (SSRI) (Hasta elinde ilaç var.)	22/08/2025 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	DOXIU 1000 MG 60 TABLET (RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	LIVERCOL 10 MG 28 FTB (Geri ödeme kriterleri yetersizdir.)	TEK LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
23	PAKSITU 10 MCG/2 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (5 FLAKON) (E RECETEDEKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN DOZ DÜZELTİLDİ.)	PROSPEKTÜSE GÖRE GÜN AŞIRIDAN DAHA SIK OLMAMAK ÜZERE GİRİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
24	- VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET) (nsai ile kullanılmadığı ve raporun sut şartlarını karşılamadığı için kesildi) - VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET (endikasyon dışı belgesi ile ödenmez. sut şartlarını ve ilaç bilgi kartı şartlarını karşılamamaktadır.)	24/04/2025 TARİHİNDE LETU REÇETESİ BAŞLANDIĞINDAN VE 25/07/2025 TARİHİNDE İSE RAPOR ÇIKTIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE - MAYIS2025 TARİHİNDEN İTİBAREN MONOTERAPİ OLARAK KULLANILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN S.B. ENDİKASYON DIŞI BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
25	VENEGIS XR 150 MG SAL.28 SERT KAP. (SNRI) (rapordaki doza göre düzeltildi)	RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
26	CYNACAL 30 MG 28 FILM TABLET (SUT - 4.2.9.Ç. (2) Hemodiyaliz veya periton diyaliz tedavisi altındaki hastalardan albumin ile düzeltilmiş serum kalsiyum değeri <= 8,4 mg/dl olanlarda cinacalcet tedavisi kesilir." DENİLDİĞİNDEN VE E-REÇETEDe Tetkik Sonucu - Ca:7.2 mg/dL - 01/08/2025 PTH:70 ug/L - 02/07/2025 Albumin ile Duzca :7.28 - 01/08/2025 " OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI (TEDAVİ DEVAMINDA CA<8,4 VE PTH<300 DÜR.)	E-REÇETEDEKİ CA VE PTH SONUCUNA GÖRE TEDAVİ KESİLMESŞ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
27	PLAVIX 75 MG 28 FTB (Raporda anjio sonucu yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

28	FOSAMAX 70 MG.4 TB. (Raporda Kmy değerine uygun icd 10 kodu yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
29	ENTYVIO 300 MG INF COZ KONS ICIN TOZ (BIYOLOJIK AJAN) (Madde 4.2.1.C-8/2) hasta ülseratif kolit)	RAPORDA ANTİ TNF TEDAVİSİNE RAĞMEN HASTALIĞI KONTROL EDİLEMEMİŞTİR İFADESİ OLDUĞUNDAN VE REMİCADE KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
30	VASTAREL MR 35 MG 60 FTB (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
31	PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET (30/06/2025 tarihinde ALVASTIN 40 MG başlanmış)	İKİ STATİN ALIMI ARASINDA ARA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
32	CASOMID 50 MG 28 FILM TABLET (6. ayda alması gereken lhrh analogunu almamış, ilerlemiş prostat ca olması lazım. Raporda "kansere duyarlı prostat ca" yazıyor.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
33	- TENOVIRAL 245 MG 30 FTB (rapor şartları sut a uygun değil) - ULTROX 40 MG 28 FILM TABLET (hasta ldl tahlil tarihinden sonra ilaca ara verildiği için kesildi.)	40 YAŞIN ÜSTÜNDE HBV DNA 20000 ÜZERİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. - TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
34	PK-MERZ 100 MG 90 TB (RAPORDAKİ ILAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
35	- DUPIXENT 300 MG/ 2 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (2 ADET IGNE KORUMASI OL (rapor başlangıç kriterleri sut a uygun olmadığı için ilaç ödenmez) - LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK (hastanın yaşına göre ilaç verilmez)	- ÖNCESİNDE YURT DIŞI İLAÇ OLARAK TEDAVİYE BAŞLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE - MEDULADA YAŞ SINIRLAMASI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
36	CAPCIDERM %0,075 45 G KREM (412 - Ağrılı Diyabetik Periferik Polinöropati ,uyarı kodu girilerek verilmiş. Uyarı kodunu doğrulamayan reçete içeriği olduğundan ilgili ilaç bedeli ödenmedi.)	RAPORSUZ İLAÇ İÇİN UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
37	NUTRIVIGOR CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (RAPORDA Malnütrisyonu neden olan eşlik eden hastalık veya travma BELGELENMEMİS.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
38	ELMIRON 100 MG 100 KAPSÜL (REÇETEYE ESAS 26.05.2025 RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA YOK İDİ - SUT GEREĞİNCE UYGUN AÇIKLAMA SON GÜNCEL RAPORDA (05.08.2025 TARİHLİ RAPORDA) MEVCUT OLDUĞUNDAN BU RAPOR SEÇİLDİ,KESİNTİ OLUŞTU)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

39	RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL (rapor sut şartlarına uygun değil ilaç kullandığı dönemde deksametazonda kullanılmamıştır)	HASTANEDE DEKSAMETAZON VE DARATUMUMAB KULLANILDIĞI GÖRÜLMÜŞTÜR ÖDENMESİNE.
40	CEDRINA 50 MG 30 FTB (rapordaki doza göre ödenmez)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
41	EBIXA 10 MG 50 FTB(rapordaki doza göre düzeltildi)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
42	- FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.) (rapor sut a uygun değil) - ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN IMPLANT(hastanın evresi raporda belirtilmediği için kesildi) - EXCALIBA 20/5 MG 28 FILM TABLET- (rapor sut şartlarına uygun değil)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
43	EVASIF 245 MG 30 FTB ("Başlangıç tedavisi olduğu için 40 yaş altı biyopsi yapılamayan bir hasta olduğundan "en az 3 ay ara ile tekrarlanan testlerde ALT normalin üst sınırının üzerinde ve FIB-4 skoru>1.45 veya APRI>0.5 üzerinde olanlarda" şartını sağlamalı.)	GEBELİK DURUMU BİYOPSİ KONTRENDİKASYONLARI ARASINDA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
44	PEPTAMEN JUNIOR 1,5 KCAL VANILYA AROMALI 24X200 ML (7248KCAL) (dsö kriterlerine göre malnutrisyon tanımı uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

