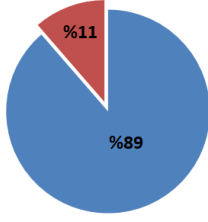


17.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN DOSYA SAYISI ■ 2. ÖDENMEYEN DOSYA SAYISI

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI =44

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
5

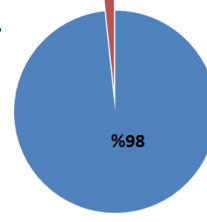


ÖDENEN DOSYA
SAYISI
39

17.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN TUTAR ■ 2. ÖDENMEYEN TUTAR

ÖDENMEYEN
TUTAR
25 716.18 ₺



ÖDENEN
TUTAR
1 497 214.28 ₺

03.06.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">VILDEGA PLUS 50 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON DIŞI BELGESİ BU HASTA İÇİN UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">S.B. ENDİKASYON DIŞI BELGESİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLK (ANTI TNF)(TEDAVİNİN 4 ÜNCÜ AYINDA TEDAVİYE CEVAP ALINAMAMASI (CROHN HASTALIK AKTİVİTE İNDEKSİ'NDE BAŞLANGICA GÖRE EN AZ 70 PUANLIK DÜŞÜŞÜN OLMAMASI) DURUMUNDA TEDAVİ KESİLİR. CROHN HASTALIK AKTİVİTE İNDEKSİ'NDE BAŞLANGICA GÖRE EN AZ 70 PUAN VE ÜZERİNDE DÜŞÜŞ OLMASI HALİNDE TEDAVİYE	<ul style="list-style-type: none">ÜLSERATİF KOLİT TANISINDA CROHN HASTALIK AKTİVİTE İNDEKSİ ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">NEURONTIN 800 MG.50 CEN.FILM TB.(RAPORDAKİ DOZU=1200 MG /GÜN)	<ul style="list-style-type: none">01/02/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE KATILIM PAYLI ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">BEXGRATIN 75 MG 100 YUMUSAK KAP(ENDİKASYON UYUMU VE SB ENDİKASYON DIŞI BELGE YOK)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

7	<ul style="list-style-type: none">• ATOR 20 MG.30 TB.-SON 1 YIL İÇİNDE İLAÇ KULLANILMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• LIPANTHYL 160 MG 30 FTB(GÜNCEL TETKİK DEĞERİ VE TARİHİ GEREKLİDİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA EKLENEN TRG TARİHİ MEDULA HASTANEDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO 100 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(DOZ UYGUN DEĞİL. MEVCUT DURUMDA BİR ESA TEDAVİSİ ALIRKEN DURUMU STABİL OLAN DİYALİZ HASTALARINDA, YALNIZCA GEÇERLİ BİR KLİNİK NEDEN OLMASI VE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ HALİNDE ROKSADUSTAT TEDAVİSİNE GEÇİLEBİLİR.)	<ul style="list-style-type: none">• HASTA MEVCUT DURUMDA ESA TEDAVİSİ ALMAMAKTADIR. KİLOSUNA GÖRE 70 MG DOZUYLA BAŞLAMIŞTIR. OCAK 2024 TE HBG DEĞERİNE GÖRE DOZ ARTIRILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">• XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO 70 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(ESA'LARLA KOMBİNE KULLANILMIŞ (ROKADUSTAT, ESA'LARLA KOMBİNASYON HALİNDE İNCELENMEDİĞİ İÇİN, BİRLİKTE UYGULANMALARI TAVSİYE EDİLMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">• REÇETE ÖNCESİNDE VE SONRASINDA ARANESP İLE BİRLİKTE KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• ECOPIRİN PRO 81 MG 30 ENTERİK KAPLI TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• PEDIASURE PLUS FİBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(İLGİLİ RAPOR İLE ÖDENMİYOR.8699548994340 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; * REÇETE UYARI KODLARI UYUMSUZ, (356568) * REÇETE UYARI KODLARI UYUMSUZ, (350323) * RAPOR'UN BAŞLANGIÇ TARİHİ UYUMSUZ, RAPOR DÜZENLEME TÜRÜ UYUMSUZ, (336422))	<ul style="list-style-type: none">• 25/12/2023 TARİHLİ RAPORA GÖRE İLGİLİ REÇETE UYARI KODLARI SEÇİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.

15	<ul style="list-style-type: none">• NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML.(HASTANIN GÜNCEL RAPORUNDA NOVOMIX 3X30 DOZLANMIŞ 2X60 REÇETE EDİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">• ALATAB 600 MG 30 FTB(RAPORDA 254 REÇETE UYARI KODU İLE İLGİLİ BİLGİ YOK.)• EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB(RAPOR UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• ALATAB -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• EXFORGE; RAPORDA İLAÇLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• CORALAN 5 MG 56 FTB(GEREKEN İFADE RAPORDA YOKTUR (MADDE 4.2.15.C/2).)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO 100 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(ROKSADUSTAT, ESA'LAR AYNI ATC SINIFINDA OLUP KOMBİNASYON HALİNDE İNCELENMEDİĞİ İÇİN, BİRLİKTE UYGULANMALARINI TAVSİYE EDİLMEMİŞTİR)	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO-ESA GRUBU İLAÇLA ÇAKIŞMA OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">• MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZE(243-PRİMLER ENUREZİS NOKTURNA UYARI KODU GİRİLEREK VERİLMİŞ.PRİMET ENUREZİS NOKTURNA DOĞUMDAN İTİBAREN İDRAR KONTROLÜNÜN SAĞLANAMAMIŞ OLMASIDIR. HASTA 73 YAŞINDA.VE RAPOR TARİHİ 2020 .RAPOR 6 AYLIK OLA.RAK DÜZENLENMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• MINIRIN- GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">• SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.İCEREN KUL. HAZIR 1 ENJEKTOR (ANTI TNF)(AYNI HASTA İÇİN İKİ FARKLI TEŞHİS İLE İKİ FARKLI ANTI-TNF VE/VEYA İKİ FARKLI BİYOLOJİK AJANIN BİRLİKTE KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANMAZ.(DENOSUMAB İLE KULLANIM İÇİN ENDİKASYON DIŞI BELGE GEREKLİ)	<ul style="list-style-type: none">• DENOSUMAB, SUT UN 4.2.1.C– BİYOLOJİK AJANLARDAN ANTI-TNF İLAÇLAR, RİTUKSİMAB, ABATASEPT, USTEKİNUMAB, TOFACİTİNİB, KANAKİNUMAB, TOSİLİZUMAB , SEKUKİNUMAB, İKSEKİZUMAB , BARİSİTİNİB , GUSELKUMAB, RİSANKİZUMAB , UPADASİTİNİB, ABROSİTİNİB, APREMİLAST VE VEDOLİZUMAB KULLANIM İLKELERİ MADDESİNDE GEÖMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

22	<ul style="list-style-type: none">XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(TEDAVİDEN FAYDA GÖRDÜĞÜ BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">IPRALEV 20 MCG/50 MCG AEROSOL INHALASYONU, SUSPANSİYON (200 DOZ)(SABA+SAMA)(RAPORDAKİ DOZU=1*1)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(16 HAFTANIN SONUNDA TEDAVİDEN CEVAP ALINMASI HALİNDE BU DURUMUN BELİRTİLECEĞİ 1 YIL SÜRELİ YENİ SAĞLIK KURULU RAPORU İLE ÖDENİR. HASTANIN RAPORU 2019.)	<ul style="list-style-type: none">XOLAIR; 02/01/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL(SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU REÇETEDE BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORSUZ İLAÇ İÇİN E-REÇETEDE UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
26	<ul style="list-style-type: none">ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU İÇİN YETERLİ AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">HORMON RESEPTÖRÜ POZİTİF HASTALARDA ERKEN VE İLERİ EVREDE VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none">KEPPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR(13.11.2023 TARİHLİ RAPORDA DOZ 2X1000MG.(REÇETEDE DOZ 2X10 GİRİLMELİYDİ, 2X12 GİRİLMİŞ	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none">EVRENZO 100 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(HASTANIN TEDAVİSİRASINDA KİLOSU 47.5 VE 100 KİLONUN ALTINDA TEDAVİ 70 MGX3 OLMALI)	<ul style="list-style-type: none">EVRENZO; MEVCUT DURUMDA ESA TEDAVİSİ ALMAYAN HASTA İÇİN İLK TEDAVİYE 11/12/2023 TARİHİNDE 70 MG DOZ İLE BAŞLANDIĞINDAN VE 100 MG LİK FORMA 12/02/2024 TARİHİNDE BİR ÖNCEKİ HBG DÜZEYİNE GÖRE UYGUN ŞEKİLDE GEÇİŞ SAĞLADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">BEBELAC PEPTI JUNIOR 450 GR.TOZ(2.318 KCAL)İLERİ HİDROLİZEDİR VE İNEK SÜTÜ PROTEİN ALLERJİSİNDE KULLANILAN ÖZEL DİYET MAMASIDIR.)	<ul style="list-style-type: none">SUT TA BELİRTİLEN İLERİ DERECEDE HİDROLİZE MAMANIN TOLERE EDİLEMEDİĞİ DURUMLARDA İBARESİ DANIŞTAY KARARI İLE YÜRÜTÜMÜ DURDURULDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

30	<ul style="list-style-type: none">DILATREND 12.5 MG.30 TABLET (BETA BLOKOR)(RAPORDAKİ DOZU=1*1)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
32	<ul style="list-style-type: none">EVRENZO 70 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(ROKSADUSTAT, ESA'LAR AYNI ATC SINIFINDA OLUP KOMBİNASYON HALİNDE İNCELENMEDİĞİ İÇİN, BİRLİKTE UYGULANMALARI TAVSİYE EDİLMEMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">EVRENZO; GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none">ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(GÜNLÜK KALORİ MİKTARI AŞILMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none">SANDİMMUN NEO.25 MG.50 KPS.(RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none">KEPPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR(RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">HASTANIN GÜNCEL RAPORUNDA DOZ 2*500 MG OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">İNFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İCİN COZELTI (1 ADET)(ICD 10 KODU ATROFİK GASTRİT İLE UYUMSUZ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
37	<ul style="list-style-type: none">DEPARTON 20 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET)(4.2.30.A- PULMONER HİPERTANSİYONDA İLOPROST TROMETAMOL (İNHALER FORMU), BOSENTAN, MASİTENTAN, SİLDENAFİL, RİOCİGUAT, SELEKSİPAG, TADALAFİL, EPOPROSTENOL VE AMBRİSENTAN KULLANIM İLKELERİ İLE İLGİLİ RAPORDA AÇIKLAMA YOK.)QUANTAVİR 0,5 MG 30 FTB(RAPORDA BELİRTİLEN TAHLİL TARİHİ UYGUN DEĞİL.)LIPANTHYL 267 M KP.(TRİGLİSERİD ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">DEPARTON- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.QUANTAVİR- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.LIPANTHYL-- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

38	<ul style="list-style-type: none">• LEKARNİTİN 1 G/5 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARA HER DİYALİZ SEANSINDAN SONRA İNTRAVENÖZ 1 G (1 AMPUL) LEKARNİTİN (HAFTADA 3 DEFA) YETERLİDİR.)• LEKARNİTİN 1 G/5 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARA HER DİYALİZ SEANSINDAN SONRA İNTRAVENÖZ 1 G (1 AMPUL) LEKARNİTİN (HAFTADA 3 DEFA) YETERLİDİR.)• LEKARNİTİN 1 G/5 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARA HER DİYALİZ SEANSINDAN SONRA İNTRAVENÖZ 1 G (1 AMPUL) LEKARNİTİN (HAFTADA 3 DEFA) YETERLİDİR.)• LEKARNİTİN 1 G/5 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARA HER DİYALİZ SEANSINDAN SONRA İNTRAVENÖZ 1 G (1 AMPUL) LEKARNİTİN (HAFTADA 3 DEFA) YETERLİDİR.)• LEKARNİTİN 1 G/5 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARA HER DİYALİZ SEANSINDAN SONRA İNTRAVENÖZ 1 G (1 AMPUL) LEKARNİTİN (HAFTADA 3 DEFA) YETERLİDİR.)• LEKARNİTİN 1 G/5 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARA HER DİYALİZ SEANSINDAN SONRA İNTRAVENÖZ 1 G (1 AMPUL) LEKARNİTİN (HAFTADA 3 DEFA) YETERLİDİR.)• LEKARNİTİN 1 G/5 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(HEMODİYALİZ UYGULANAN HASTALARA HER DİYALİZ SEANSINDAN SONRA İNTRAVENÖZ 1 G (1 AMPUL) LEKARNİTİN (HAFTADA 3 DEFA) YETERLİDİR.)	<ul style="list-style-type: none">• 7 ADET REÇETEYLE İLGİLİ UZUN SÜRE DİYALİZE GİREN HASTALARDA DOZ 2.5 G KADAR ÇIKABİLECEĞİ BELİRTİLDİĞİNDAN ÖDENMESİNE.
----	--	---

