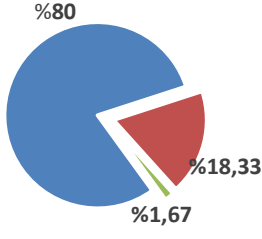


1.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=60

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
48

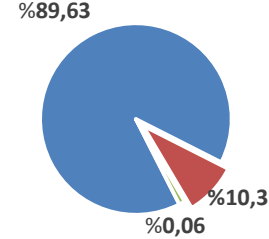


■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN
DOSYA SAYISI
1
ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
11

1.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
1 591 605,35 ₺



■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN TUTAR
1 078,76 ₺

ÖDENMEYEN
TUTAR
183 108,04 ₺

07.01.2025 TARİHLİ 1.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">LEVOTIRON 25 MCG 50 TB(RAPORDAKI ILAC DOZU 1*1 AYNI RECETEDE LEVOTIRON 100MCG TABLET YAZILI.DOZ AŞIMI)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">VISCAP 30 MG 28 FTB(e reçetede güncel değerler bulunmamaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">VISCAP; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">APACLOT 5 MG FILM KAPLI TABLET (56 FILM KAPLI TABLET)(Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(TAHLİL TARİHLERİ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(RAPOR SUT 4.2.24 (B) ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">EZETEC 10 MG 28 TABLET(HASTANIN STATİN GEÇMİŞİ VE RAPORU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">İLK HİPERLİPİDEMİ RAPORU VE GEÇMİŞİNDE STATİN BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.

7	<ul style="list-style-type: none">• NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU(HASTANIN FAKTÖR 8 EKSİKLİĞİ OLMASINA RAĞMEN FAKTÖR 8' KARŞI ANTİKOR GELİŞTİRDİĞİNDEN REKOMBİNANT FAKTÖR 7A KULLANIYOR.HASTANIN REÇETE TARİHİYLE UYUMLU ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">• NOVOSEVEN;29/03/2024 TARİHLİ S.B.ENDİKASYON DIŞI İZİNDEN SONRA ARADA AKUT KANAMA REÇETELERİ HARİCİNDE TOPLAM 23 HAFTALIK DOZDA İLAÇ KULLANDIĞI HESAPLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• EYLEA-(Eylea-Lucentis SUT'un 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.)• EYLEA -(Eylea-Lucentis SUT'un 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.)• LUCENTIS-(Eylea-Lucentis SUT'un 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.)• LUCENTIS -Eylea-Lucentis SUT'un 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.)• EYLEA -(Eylea-Lucentis SUT'un 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.)	<ul style="list-style-type: none">• Eylea-Raporda bir önceki uygulamaya göre görme keskinliğinde artış olduğu belirtildiğinden ve güncel oct eklendiğinden ödenmesine.• EYLEA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• LUCENTIS; Raporda bir önceki uygulamaya göre görme keskinliğinde artış olduğu ve oct değeri belirtildiğinden ödenmesine.• LUCENTIS- Raporda bir önceki uygulamaya göre görme keskinliğinde artış olduğu ve oct değeri belirtildiğinden ödenmesine.• EYLEA ; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE

9	<ul style="list-style-type: none">• GLUCOBAY 50 MG.90 TABLET(Rapor dozuna düzeltildi.)• JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET(Rapor uygun değil (SUT 4.2.38 - (4)))	<ul style="list-style-type: none">• GLUCOBAY-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• JANUVIA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET(Hasta methotrexat kullanmıyor.)• HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(ilaca başladıktan sonra fayda görmemiş hasta.)• REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF)(Raporda ilaca yanıt kriteri yok.)	<ul style="list-style-type: none">• ORENCIA- Methotrexate raporu olmadığından ve birlikte kullanılmadığından itirazın reddine.• HUMIRA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• REMSIMA; sut değişikliğinden önceki rapor olduğundan ödenmesine.
11	<ul style="list-style-type: none">• IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI(KMY ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde T değerlerinden herhangi birinin uygun olması gerekli.L1+L4 olarak belirtildiğinde uygun olmuyor.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• LYRICA 300 MG 56 KAPSUL(RAPOR DOZU 300 MG 1*1)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• VASTAREL 20 MG.60 TB.(Rapor dozuna düzeltildi.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">• MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFILIZAT(primer enürezis nokturna tedavisinde normal idrar konsantre edebilen hastalarda 5 yaşından itibaren, kullanılır.BU TANIDA YETİŞKİN İÇİN ENDİKASYONU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• Raporsuz e-reçetede diabetes insipidus tanısı bulunmadığından , Primer enurezis nokturna tanısı ise çocuk ve ergenlerde olduğundan itirazın reddine.
16	<ul style="list-style-type: none">• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(hastalığın evresi belirtilmediğinden endikasyon uyumu tespit edilemedi.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

17	<ul style="list-style-type: none">• GUAGO 2 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (28 TABLET)(Uyarıcı ilaçların uygun olmadığı, tolere edilemediği veya etkisiz kaldığı durumlarda kullanılır.İlaç beraber kullanılıyor.)• VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda hastalıkta progresyon olmadığı belirtmelidir.(Raporlarda yok).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).)	<ul style="list-style-type: none">• GUAGO -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• VALAMOR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA HBSAG ÖLÇÜM TARİHİ BELİRTİLMELİDİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">• HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(8 haftada 6X1 girildiğinde;HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) adlı ilacın bitiş tarihi 39L9Z1J numaralı reçetede ilacın ilaç alım tarihini aşmıştır. Hatalı doz girildiği için başka bir eczanenin erken fatura etmesiyle sonuçlanmış. 1 kutusu kesildi)	<ul style="list-style-type: none">• HUMIRA ; MEDULADA DOZ DÜZELTMESİ YAPILMIŞ VE 12 GÜNLÜK ERKEN ALIM BİTİŞ TARİHİNE EKLENMİŞTİR. ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">• SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL)(HASTA 18 AYI GEÇMİŞTİR, RAPORDA GÜNCEL VA BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">• Doğumdan itibaren 8 kg veya 18 aylık olana kadar kullanılabileceğinden itirazın reddine.
21	<ul style="list-style-type: none">• SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL)(Similac high energy için hastanın reçete tarihinde kaç kilo olduğu raporda veya reçetede belirtilmesi için 21.11.2024 tarihinde eczaneye iade edildi fakat eksiklik giderilemediği için ödenmez.)	<ul style="list-style-type: none">• Doğumdan itibaren 8 kg veya 18 aylık olana kadar kullanılabileceğinden itirazın reddine.
22	<ul style="list-style-type: none">• PLETAL 100 MG 60 TABLET(Raporda 4.2.15.B Silostazol kullanım ilkeleri için yeterli açıklama yok.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">• ENSURE PLUS FIBER VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BELİRTİLMELİDİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

24	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR FIBRE ÇIKOLATA AROMALI 190 ML(285 KCAL)(5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) OLMALIDIR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA HASTANIN BOY VE KİLOSU - 2SDNİN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">JANUMET 50/500 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMİN)(RAPOR UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none">PLETAL 100 MG 60 TABLET(ödeme koşulunu karşılamayan rapor.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none">FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(son 1 yıl içinde ilaca 6 aydan fazla ara verilmiştir.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL SONUCUYLA İLGİLİ BELGE GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
28	<ul style="list-style-type: none">INFERJECT 500 MG/10 ML İ.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İÇİN ÇÖZELTİ (1 ADET)(RAPORDA PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK VEYA AÇIKLAMAYA UYGUN ICD 10 KODU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">INFERJECT;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET(Rapor dozu aşmıştır.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none">PERFOSE 800 MG 180 FTB(Rapor kriterleri yetersizdir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">GALVUS 50 MG 56 TAB (DPP-4 INH.)(Rapor uygun değil (SUT 4.2.38 - (4)))	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
32	<ul style="list-style-type: none">INSPIRA 25 MG 30 FTB(Akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ((LVEF) £ %40) hastaların tedavisinde, b) Standart tedaviye ek olarak, kronik kalp yetmezliği (NYHA Sınıf II) ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (LVEF £ %30) olan yetişkin hastalarda kullanılır.)XARELTO 15 MG 28 FTB(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda kullanılır.)	<ul style="list-style-type: none">INSPIRA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.XARELTO- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none">CARDOFIX 5 MG/160 MG 28 FTB(Rapor uygun değil (SUT EK-4/F Madde 51))	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

34	<ul style="list-style-type: none">• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(Bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan veya renal yetmezlik nedeniyle bifosfonatları kullanamayan osteoporozlu hastalarda ödenir)	<ul style="list-style-type: none">• PROLIA ; RAPOR SUTA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
35	<ul style="list-style-type: none">• ELNAGLIP 5 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunmamaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE PROTEIN CIKOLATALI 200 ML(250 KCAL)(malnutrisyon tanımı uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMINA GÖRE ÖDENMESİNE.
37	<ul style="list-style-type: none">• TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMI(RAPORDAKİ ILAC DOZUNA ISTINADEN RECETE DOZU DUZELTILDI.)	<ul style="list-style-type: none">• TOUJEO; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
38	<ul style="list-style-type: none">• ECOPIRIN 100 MG 30 TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)• BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET(RAPOR TANI KODU UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• ECOPIRIN; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE• BETMIGA; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
39	<ul style="list-style-type: none">• VISANNE 2 MG 28 TABLET(raporda uygun endikasyon yok ve ilaç süresi dolmamış.)• ALATAB 600 MG 30 FTB(raporda periferal olduğu yazmıyor.)• INFERJECT- KKY hastalarının anemisi tanısında ödenmesine.	<ul style="list-style-type: none">• VISANNE ; RAPORDA TANI BULUNMADIĞINDAN VE ERKEN ALIM OLDUĞUNDAN RAPORSUZ ÖDENEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.• ALATAB-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• INFERJECT- KKY hastalarının anemisi tanısında ödenmesine.
40	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE 2.0 FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (380 KCAL)(Raporda mama adı yok.İlgili raporla sistem ödemiyor.Ayaktan raporlu ödenmesi için gerekli şartlar sağlanamıyor.Maksimum rapor süresi uyumsuz...)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDA MAMA ADI RESOURCE 2.0 FIBRE TAM OLARAK YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
41	<ul style="list-style-type: none">• JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN)(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

42	<ul style="list-style-type: none">• PLAVIX 75 MG 28 FTB- hastalığın angiografik olarak belegelenmiş olması gerekmektedir.	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
43	<ul style="list-style-type: none">• ASTONIN-H 0,1 MG 100 TABLET(Glukokortikoid ile kombine olarak kullanılması halinde ödenir.Son bir yıldır ilaç geçmişi yok.)	<ul style="list-style-type: none">• PREDNOL İLE BİRLİKTE REÇETE EDİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none">• BETASERC 24 MG 100 TB(rapordaki doza göre düzeltildi)	<ul style="list-style-type: none">• GÜNCEL RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
45	<ul style="list-style-type: none">• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(uygun rapor seçildiğinde sistem tarafından oluşan kesinti.)• NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL)(uygun rapor seçildiğinde sistem tarafından oluşan kesinti.)	<ul style="list-style-type: none">• İLGİLİ RAPOR SEÇİLDİĞİNDE ADET DÜŞÜLMÜŞTÜR.İTİRAZIN REDDİNE.
46	<ul style="list-style-type: none">• ULTROX 40 MG 28 FILM TABLET(RAPOR ÖNCESİ 6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT, GÜNCEL LDL ÖLÇÜMÜ GEREKLİDİR.)	<ul style="list-style-type: none">• İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN VE GÜNCEL DEĞER BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
47	<ul style="list-style-type: none">• ARVILA 250 MG TABLET (120 TABLET)(rapor sut şartlarını karşılamamaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
48	<ul style="list-style-type: none">• PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(rapordaki kalori miktarına göre tekrar hesaplandı)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

