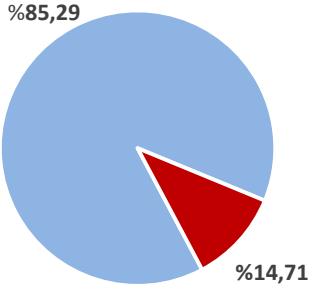


2.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=34

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
29

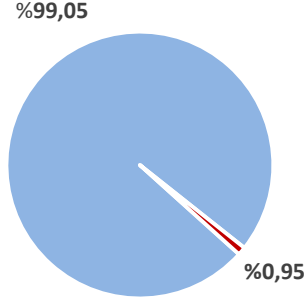


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
5

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

2.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
1 094 749,47 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
10 435,46 ₺

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

11.02.2025 TARİHLİ 2.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamadığının raporda belirtilmesi gerekmektedir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">IXIFI 100 MG I.V. INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMADA KULLANILACAK KONSANTRE ICIN TOZ (ANTI TNF) (ilacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Yeterli cevap alınamamışsa (BASDAİ'de 2 birimden daha az düzelme olması), ilaca devam edilmesi durumunda ilaç bedeli ödenmez. hastanın bu açıdan bir değerlendirmesi olmadığı için(eski raporlarında da değerlendirme yok)bedeli ödenmedi)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">VINTOR 0,5 MG 28 KAP(rapor sut şartlarına uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP (rapordaki doz girildi.)PROGRAF 1 MG 50 KAPSUL (rapordaki doz girildi.)	<ul style="list-style-type: none">FERICOSE ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.PROGRAF 1 MG-RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(raporda malnütrisyon tanımı sut a göre eksik belirtilmiş.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

6	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(HASTANIN RAPOR AÇIKLAMASINDAKİ İLAÇ GEÇMİŞİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA- RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">STELARA 90 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJ(raporda (ANTI TNF AJANI 3 AY SÜREYLE KULLANMIŞ OLMASINA RAGMEN HASTALIK AKTİVİTESİ adalimumab TEDAVİSİ ALTINDAKONTROL ALTINA ALINAMAMIŞTIR yazılı ancak 21/07/2022 tarihli raporla hastaya sadece 1 ay adalimumab kullanılıp 05/09/2022 tarihli raporla stelara 90mg enj kullanımına geçilmiş	<ul style="list-style-type: none">STELARA; HUMİRA RAPORUNDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE 7 KUTU 4 AYLIK DOZA DENK GELDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">EFEKOR XR 37.5 MG 14 MIKROPELLET (SNRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)CRESTOR 20 MG.28 TABLET(İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)ATOR 20 MG.30 TB.(TEK ÖLÇÜM YETERLİ DEĞİL.DİĞER HASTALIKLARINA AİT RAPOR YOK.)	<ul style="list-style-type: none">EFEKOR; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.CRESTOR-RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.ATOR ; RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLMÜŞTÜR. ANCAK İKİ RISK FAKTÖRÜ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	<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 kul)CRESTOR 10 MG.28 TABLET(yeni rap. ldl değ. eksik.)	<ul style="list-style-type: none">PROLIA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.CRESTOR-LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">CERTICAN 0.75 MG.60 TABLET(Karaciğer naklinde CERTICAN, takrolimus ve kortikosteroidlerle kombinasyon halinde kullanılmalıdır.)	<ul style="list-style-type: none">SOLID ORGAN NAKİLLERİNDE BİR KALSİNÖRİN İNHİBİTÖRÜ İLE VE/VEYA KORTİKOSTEROİD İLE KULLANILABİLECEĞİNDEN VE KORTİKOSTEROİD İLE BİRLİKTE KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda BEDELİ ÖDENİR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

13	<ul style="list-style-type: none">• XOLAIR –(rapor 24 haft. doldurmuş)• LUCENTIS- (4 veya 12 hafta sonra OKT görüntüsünün eklenerek dokümante edilmesi zorunludur.)• EYLEA -(4 veya 12 hafta sonra OKT görüntüsünün eklenerek dokümante edilmesi zorunludur.)• LUCENTIS -(4 veya 12 hafta sonra OKT görüntüsünün eklenerek dokümante edilmesi zorunludur.)• LUCENTIS -(oct tar. uygun değil)• EYLEA - (okt tar. uygun değil)• LUCENTIS -(oct tar. uygun değil)• LUCENTIS - (oct tar. uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">• XOLAIR -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• LUCENTIS-; BEVACİZUMABTAN GEÇİŞTE 4-12 HAFTA ARASINDA OCT YAPILMA ŞARTI OLDUĞUNDAN ANCAK 2013 YILINDA BAŞLAYAN TEDAVİ İÇİN BEVACİZUMAB YÜKLEME ŞARTI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.• EYLEA-SOL GÖZ İÇİN 24/02/2022 TARİHİNDE EYLEA BAŞLANDIĞINDAN VE BU TARİHTE 4-12 HAFTA ARASI OCT ŞARTI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.• LUCENTIS -BEVACİZUMABTAN GEÇİŞTE 4-12 HAFTA ARASINDA OCT YAPILMA ŞARTI OLDUĞUNDAN ANCAK 2013 YILINDA BAŞLAYAN TEDAVİ İÇİN BEVACİZUMAB YÜKLEME ŞARTI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.• LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• EYLEA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB.(RAPOR ÖNCESİ 6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT, GÜNCEL LDL GEREKLİDİR.)• PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET(RAPORDA ANJİOGRAFİ BİLGİSİ MEVCUT DEĞİL.)• CIPRALEX 10 MG.28 FILM TABLET (SSRI)(RAPOR DOZU 1*1, RAPORSUZ OLARAK ÖDENDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• COLASTIN-TEDAVİDE ARA OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL LDL BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• PLANOR-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• CIPRALEX-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">• EUTHYROX 100 MCG 50 TAB(RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.)	<ul style="list-style-type: none">• REÇETEDİ İLAÇLAR HAFTALIK OLARAK GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

16	<ul style="list-style-type: none">• ENJEKTOR 5 CC (sistem tarafından kesildi)• FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP (Demir eksikliği anemisi bulunan (saturasyon <%20 ve/veya ferritin <100 mcg/l) evre III, IV, V kronik böbrek hastalarında bedeli ödenir)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">• INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON ICIN COZELTI (1 ADET)(RAPOR PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN YETERLİ AÇIKLAMA İÇERMEMEKTEDİR VEYA ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA)(RAPOR DOZUDUR.)• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(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">• VENTOLIN ; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">• PLAVIX 75 MG 28 FTB (raporda angiografik olarak belgelendiği yazmıyor.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">• BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (reçetede uyarı koduyla ilgili teşhis belirtilmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">• 08/10/2024 TARİHLİ RAPORDA İLGİLİ AÇIKLAMA BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

