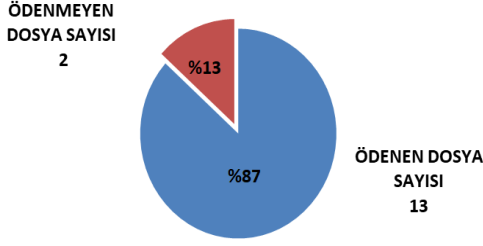


1. İTİRAZ KOMİSYONU

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

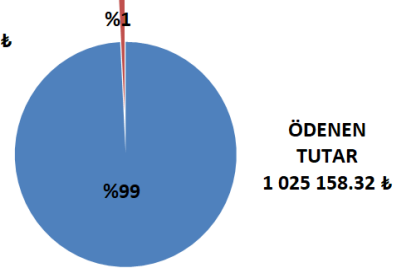
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=15



1. İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN TUTAR ■ 2. ÖDENMEYEN TUTAR

ÖDENMEYEN TUTAR 8 270.26 ₺



08.01.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTANIN LDL DEĞERİ TESPİT EDİLMEYEN KULLANIMA BAŞLANMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">PRATIN; RAPORDA LDL DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">KOMPLIA 25 MG SERT KAPSUL (21 ADET)(EN AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ (VAD, MP VEYA DİĞER STANDART ANTİMİYELOM REJİMLER) KULLANIM SONRASI HASTALIK PROGRESYONU GELİŞMİŞ HASTALARDAN;YETERLİ DOZ VE SÜREDE BORTEZOMİB KÜRLERİNE YETERLİ CEVAP ALINAMAYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR)	<ul style="list-style-type: none">KOMPLIA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">SİMİLAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL)(18 AYDAN BÜYÜK OLDUĞU İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">SİMİLAC HIGH ENERGY ; RAPORDAKİ GÜNCEL KİLOYA GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(02/2022 TARİHİNDE ÇIKARILAN KANSER VE OSTEOPOROZ RAPORLARININ SURESİ DOLMUŞ KANSER TEDAVİSİ 01/03/2023 DE BITİRİLMİŞ HASTANIN 05/2019 DAKI RAPORU İLE FOSOMAX VERİLMİŞ OYSA SUT A GÖRE KANSER TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR)	<ul style="list-style-type: none">BONVIVA- KANSER TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA SEKONDER GELİŞEN OSTEOPOROZDA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.

5	<ul style="list-style-type: none">PEDIASURE MUZ AROMALI 220 ML SISE(220 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA 10 İŞ GÜÜN İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.MALNÜTRİSYON TANIMI İÇİN; 2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (< -2SD) OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKTİĞİ HALDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">PEDIASURE ; RAPORDA HASTANIN YAŞINA GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">CITOVİR 450 MG FILM TABLET (60 TABLET)(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK)	<ul style="list-style-type: none">CITOVİR-RAPORDA YAPILAN AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">DIASIP VANILYA 200 ML(200 KCAL)(RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">DIASIP -05/09/2023 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
8	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(RAPORA BESLENME ÜRÜNÜNÜN ADI VE KULLANIM MİKTARI EKLETİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.SEÇİLİ RAPORDA DÜZELTME YAPILMAMIŞTIR.21.08.2023 TARİHLİ RAPORUNA EKLETME YAPILMIŞ.21.08.2023 TARİHLİ RAPORU SEÇİP ÖDEME YAPMAK İSTEDİĞİMDE MEDULA RAPORDA EKSİK GİRİLEN BİLGİ VAR DİYE UYARI VERDİĞİ İÇİN ÖDEME GERÇEKLEŞTİRİLEMEMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE GLUTAMİN; VERİLEN MAMAYLA İLGİSİ OLMAYAN 21/08/2023 TARİHLİ RAPORA; MAMA ADI, MALNUTRİSYON TANIMI , ETKEN MADDE KODU VE RAPOR DEĞER İLAVE BİLGİLERİ SONRADAN EKLENDİĞİNDEN İŞLEM YAPILAMAMAKTADIR. İTİRAZIN REDDİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(RAPORDA EN AZ 2 AY SURE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 OLCUMUN EN AZ UCUNDE VARFARİN İLE HEDEFLENEN INR DEGERİ 2-3 ARASINDA TUTULAMAMISTIR YAZILI ANCAL VARFARİN KULLANIMI SISTEMDE GÖRÜLMÜYOR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA BELGELENMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

11	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 15 MG 28 FTB(RAPORDA EN AZ 2 AY SÜRE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE VARFARİN İLE HEDEFLenen INR DEĞERİ 2-3 ARASINDA TUTULAMAMIŞTIR. YAZILI ANCAK SİSTEMDE HASTANIN VARFARİN KULLANIMI OLMADIĞI GÖRÜLÜYOR)	<ul style="list-style-type: none">XARELTO; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">CITOLES 10 MG.28 FILM TABLET (SSRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	<ul style="list-style-type: none">CITOLES 10 MG; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">ILARIS 150 MG/ML ENJ COZ ICIN TOZ ICEREN 1 FLK(RAPORDA GÜNCEL CRP DEĞERİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">ILARIS -ANAKİNRA TEDAVİSİNE YAN ETKİ OLDUĞU VE DİĞER ŞARTLAR ARASINDA VEYA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">TEGELINE 10G. 200 ML (STEROİD TEDAVİSİNE (PULS VE İDAME TEDAVİSİNE EN AZ 6 AY)YETERSİZ CEVAP VEYA STEROİD TEDAVİSİNE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE/VEYA KONTRENDİKASYON DURUMLARINDA ÖDENMEKTEDİR. RAPORDA 5 GÜN STEROİD UYGULANDIĞI BELİRTİLMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">TEGELINE-2023-23 KOM. KALAN; RAPORDAKİ İFADEYLE İLGİLİ HEKİMDEN GÖRÜŞ ALINMIŞTIR. ÖDENMESİNE.

