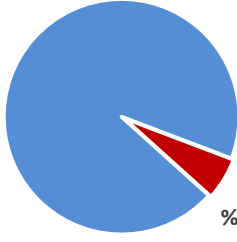


**30.İTİRAZ KOMİSYONU**  
**GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=17**

ÖDENEN DOSYA  
SAYISI  
16

%94,11



ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
1

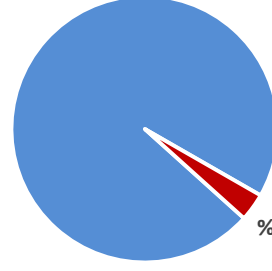
%5,89

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

**30.İTİRAZ KOMİSYONU**

ÖDENEN TUTAR  
554 296,38 ₺

%96,62



ÖDENMEYEN  
TUTAR  
19 378,72 ₺

%3,38

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

**10.10.2024 TARİHLİ 30.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU**

| DOSYA NO | İTİRAZ KONUSU  | KOMİSYON KARARI   |
|----------|--|---|
| 1        | <ul style="list-style-type: none"><li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(RAPORDA EN AZ 3 AY SÜRE İLE IKS, LAMA VE LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAMIŞTIR. - YAZILI ANCAK HASTAYA BÖYLE BİR TEDAVİ UYGULANMADIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)</li><li>RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL(Otolog kök hücre transplantasyonu uygulanmış olan yeni tanı multipl miyelomlu yetişkin hastaların idame tedavisinde monoterapi olarak KULLANIMINDA BEDELİ ÖDENİR)</li><li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda bedeli ödenir)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>TRELEGY ELLIPTA;RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>RIVELIME;Hastanın dexametazon kullanımı bulunmadığından,monoterapi gördüğünden ödenmesine.</li><li>ELIQUIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul> |
| 2        | <ul style="list-style-type: none"><li>FASENRA 30 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(inhaler uzun etkili beta iki agonist kombinasyonunu en az 1 (bir) yıldır kullanmakta olmasına rağmen kontrolsüz astımı olması (en az 3 gün sistemik kortikosteroid kullanımını gerektiren yılda en az 2 atağı olması) durumunda ve "Eozinofilik Ağır Persistan Astım" tanılı hastalarda ödenir.)</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>FASENRA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 3  | <ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(rap. farklı bes. sol. Mevcut)</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>14/06/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>  |
| 4  | <ul style="list-style-type: none"><li>NEOCATE JUNIOR 400 GR(1900 KCAL)(İnek sütü alerjisinde iki yaşına kadar ödenmektedir)</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>   |
| 5  | <ul style="list-style-type: none"><li>BYETTA 10 G/40 L(10 MG/40 ML) SC KULLANIMA HAZIR DOLU ENJ. KALEMI ICINDE COZELTI(vücut kitle indeksi tedavi başlangıcında 35 kg/m<sup>2</sup>'nin üzerinde olan ve tedavi öncesi anamnezde akut pankreatit geçirilme öyküsü bulunmayan tip 2 diyabet hastalarında ödenir.)</li><li>FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.)(metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda)</li><li>VIDAPTIN MET 50 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET) (DPP-4 INH.+METFORMIN)(metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda ödenir.)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>BYETTA; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>FORZIGA VE VIDAPTIN; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul> |
| 6  | <ul style="list-style-type: none"><li>ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(tedaviye başlamadan önce; hastanın ferritin ve/veya transferrin saturasyonu (TSAT) değerlerine bakılacaktır. rapor veya e-reçetede bu değerlere yer verilmemiş.)</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>   |
| 7  | <ul style="list-style-type: none"><li>FEPATIL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(TRİGLİSERİD ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>   |
| 8  | <ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 20 MG.30 TB.(rapordaki ldl sonucu uygun değil.)</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>ATOR;KAROTİS ARTER HASTALIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>  |
| 9  | <ul style="list-style-type: none"><li>DIDERAL 40 MG 50 TB(raporda uygun ıcd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış)</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>DIDERAL- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>  |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"><li>EZETROL 10 MG.28 TABLET(raporda 6 AY BOYUNCA STATİNLERLE TEDAVİ EDİLMİŞ OLMASINA RAĞMEN LDL DEĞERİ 100 ÜZERİNDE OLAN HASTADIR. LDL: 133 (03.05.2018) yazılı ancak hastaya statin kullanılmadan ezetrol başlanmış)</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>  |

|    |   |  |
|----|---|--|
| 11 | <ul style="list-style-type: none"><li>LIFECHEK SMART TD-4360 KAN SEKER OLCUM STRIBI (RAPORDAKI ILAC DOZUNA ISTINADEN RECETE DOZU DUZELTILDI.)</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>   |
| 12 | <ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE MUZ AROMALI 220 ML SISE(220 KCAL)(5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (&lt;-2SD) OLMALIDIR.)</li></ul>  | <ul style="list-style-type: none"><li>Raporda boy ve kilo değerleri -2SD altında olduğu belirtildiğinden ödenmesine.</li></ul>           |
| 13 | <ul style="list-style-type: none"><li>TERNAVIR 245 MG 30 FTB(TÜM DEVAM RAPORLARI BİRBİRİNDEN KOPYALANMIŞ.GÜNCEL DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.)</li></ul>   | <ul style="list-style-type: none"><li>RAPOR TARİHİNDE GÜNCEL HBS AG POZİTİF OLDUĞU HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul> |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"><li>EFFIENT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET(EFFİENT®, asetilsalisilik asit (ASA) ile birlikte endike olup (TROMBOSİT AGREGASYON İNHİBİTÖR) Brilinta ile birlikte fatura edilmiş)</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>EFFIENT-2024-25.KOM KALAN;GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>                            |

