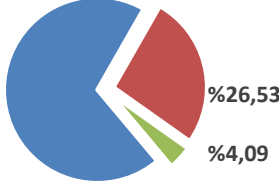


## 37.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=49

ÖDENEN  
DOSYA SAYISI  
34

%69,38



- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

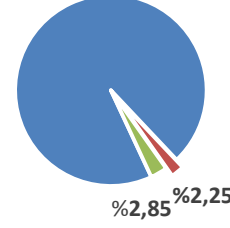
ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN  
DOSYA SAYISI  
2

ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
13

## 37.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR  
3 331 072,88 ₺

%94,90



- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN  
TUTAR  
99 532,18 ₺

ÖDENMEYEN  
TUTAR  
79 301,75 ₺

## 12.12.2024 TARİHLİ 37.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET(rapordaki doza göre düzeltildi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA)(rapor dozu 4*1)</li><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(endikasyon dışı kullanım)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VENTOLIN; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LETU; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>REVOLADE 50 MG 14 FTB(05.01.2018 TARİHLİ BASLANGIC TROMBOSIT DEGERI 128000. YETISKIN HASTA 25MG DOZ İLE TEDAVIYE BASLANMIS.ODENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>REVOLADE; ERİŞKİN HASTADA SUTTA VE POZOLOJİDE BELİRTİLEN DOZDAN DAHA KÜÇÜK DOZDA BAŞLANDIĞINDAN VE PLT İLE İLGİLİ RAPORLARA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 10 MG.30 TB.(LDL 76 ODenmez)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR ; EK HASTALIĞI OLMADIĞINDAN VE TEK LDL DEĞERİ İLE ÖDENMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>IRDAPIN 300 MG/10 MG 28 FILM TABLET(rapor sut a uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON DISI KULLANIM BELGESİNİN SURESİ DOLMUS.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda ODENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

8	<ul style="list-style-type: none"><li>NERUDA 300 MG 50 FTB(Rapor uygun değil (hastanın sistemde kayıtlı DM raporu, hastalıkla ilgili ilacı yoktur.))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>NERUDA- RAPORDA MUAFİYET KODU BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>BENVIDA 150 MG 56 FTB(Rapor eksiğinin SUT 4.2.25.(4) maddesine göre tamamlanması)</li><li>LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET(Raporda miktar (mcg) belirtilmemiş. Doz 1x1 olarak belirtilmiş. İki farklı formda (100 mcg/125 mcg) ilaç verilmiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BENVIDA ; 09/04/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LEVOTIRON ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>TIOUMIT 18 MCG INH. İCİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL (LAMA)(hasta kombinasyon tedavi alıyor ve raporda sutta istenen açıklama yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(rapor sut şartlarına uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 160 MG 30 FTB(Rapor uygun değil (SUT 4.2.28.B.(1) a)/b))</li><li>GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN)(RAPOR UYGUN DEĞİL (SUT 4.2.38 -(4))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL;SUTTA BELİRTİLEN EK HASTALIKLAR OLMADIĞINDAN TRG DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>GALVUS MET;ETKEN MADDEYLE İLGİLİ RAPORDA AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL(rapordaki doz girildi.)</li><li>DELTACORTRIL 20 TABLET(rapordaki doz girildi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PROGRAF;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>DELTACORTRIL-;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>IMPACT ORAL RTD VANILYA AROMALI 237 ML(334 KCAL)(VALAMOR KESİNTİSİ İLE OLUŞAN SİSTEM KESİNTİSİ,)</li><li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPOR HASTAYA ÖZGÜ OLMALIDIR.RAPOR UYGUN DEĞİL.)</li><li>FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(HASTA DAHA ÖNCE BESLENME SOLUSYONU KULLANMIŞTIR, RAPOR İDAME TEDAVİSİ ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>IMPACT ORAL RTD- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>VALAMOR- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>FORTINI MULTI FIBRE-İDAME RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİMLERCE DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>SEVAREN 800 MG 180 TABLET(Rapor uygun değil.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SEVAREN;RAPORA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ EKLENMİŞTİR.EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

16	<ul style="list-style-type: none"><li>• NEOCATE 400 GR(1.900 KCAL)(hastanede çocuk allerji uz var görünüyor.)</li><li>• NEOCATE 400 GR(1.900 KCAL)(hastanede çocuk allerji uz var görünüyor.)</li><li>• VENCYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET(tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalığın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıtın alınmış olduğu yeni düzenlenen raporda belirtilmemiş.)</li><li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(raporda tedaviden fayda gördüğü belirtilmemiş.)</li><li>• HEDNAVIR 0,5 MG 30 FTB(hasta immüsupresif tedavi almıyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NEOCATE-HASTANEDE ÇOCUK ALERJİ UZMANI OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li><li>• NEOCATE-HASTANEDE ÇOCUK ALERJİ UZMANI OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li><li>• VENCYXTO- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• LUCENTIS-- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• HEDNAVIR;ENTYVIO'NUN UZUN SÜRE HASTANEDE UYGULANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>• BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(Raporda 254 reçete uyarı kodu ile ilgili bilgi yok.)</li><li>• VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA)(Aynı etkin madde ile farklı formda rapor max dozunu (4x2) aşan dozda ilaç verilmiş. Her iki form için doz 4x1 olarak düzeltildi.)</li><li>• RONKOTOL 2,5 MG/2,5 ML NEBULİZASYON İCİN İNH COZ ICEREN TEK DOZLUK 20 FLK(Aynı etkin madde ile farklı formda rapor max dozunu (4x2) aşan dozda ilaç verilmiş. Her iki form için doz 4x1 olarak düzeltildi.)</li><li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(Hasta ilacı düzenli kullanmakta, ilaç alımlarında ara verilmemiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• BENEDAY;RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• VENTOLIN;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDA İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• RONKOTOL;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDA İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• XOLAİR;RAPORDA NÜKS DURUMU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE</li></ul>

18	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(Hastanın 2021 tarihli raporu.habitual abortus tanılı.gebelik süresi düşünülerek bedeli ödenmedi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR;23/09/2024 TARİHLİ RAPORDA GEBELİK HAFTASI BELİRTİLDİĞİNDEN VE EKİM AYI İÇİNDE DOĞUM YAPTIĞI HASTANE KAYITLARINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(malnutrisyona eşlik eden hastalık bulunmamaktadır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABOUND-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORPACK 12/400 MCG CAPSAIR INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60 KAPSUL (LABA+IKS)(SUT (Madde 4.2.24.B/12) RAPORDA BELGELENMEMİS.)</li><li>• TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)(SUT (Madde 4.2.24.B/12) RAPORDA BELGELENMEMİS.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İLK KOAH RAPORU VE DAHA ÖNCE İLAÇ GEÇMİŞİ OLMAYAN HASTANIN RAPORUNA SONRADAN EKLENEN AÇIKLAMA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>• IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML(334 KCAL)Malnutrisyona neden olan eşlik eden hastalık veya travma RAPORDA BELGELENMEMİS.)</li><li>• RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL)(Malnutrisyona neden olan eşlik eden hastalık veya travma RAPORDA BELGELENMEMİS.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA EKLENEN HASTALIKLA İLGİLİ RAPORU OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li><li>• RAPORA EKLENEN HASTALIKLA İLGİLİ RAPORU OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>• PIRFECT -(FVC % 43 , ENDİKASYON DIŞI BELGESİNDE YER ALAN TEŞHİS OLAN J84.1 KODUNDA ÖDENMEMEKTEDİR.)</li><li>• LUCENTIS -(OCT TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li><li>• LUCENTIS -(OCT TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li><li>• LUCENTIS-(OCT TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PIRFECT;ENDİKASYON DIŞI BELGEDEKİ J99 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• LUCENTIS--RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>• REMSİMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF)(hastanın ilk raporu bu teşhis için 4 aydır.rapor uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 09/11/2024 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPOR SÜRESİ 6 AY OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>

24	<ul style="list-style-type: none"><li>• EVRENZO 70 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(Mevcut durumda bir ESA tedavisi alırken durumu stabil olan diyaliz hastalarında, yalnızca geçerli bir klinik neden olması ve bu durumun raporda belirtilmesi halinde roksadustat tedavisine geçilebilir. hasta 11.2023 tarihinde aranesp kullanmış.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• EVRENZO;MEVCUT DURUMDA ESA TEDAVİSİ ALMAYAN HASTA 21/02/2024 TARİHİNDE 70 MG LİK FORM İLE TEDAVİYE BAŞLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>• MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFILIZAT(Yetişkin hastada nokturnal poliüride ve diabetes insipidus ta ödenir.Rapordaki ıcd-kodu uygun değil.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• MINIRIN MELT-RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIXIANA-RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>• PLAVIX 75 MG 28 FTB(Rapor uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>• KETILEPT 300 MG 30 FTB(RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)</li><li>• CORDARONE 200 MG 30 TB(RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• KETILEPT-RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• CORDARONE- RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>• RESOURCE PROTEIN CILEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)(RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
30	<ul style="list-style-type: none"><li>• REVOLADE 25 MG 14 FTB(immünoglobulinlere dirençli olup olmadığı raporda belirtilmemiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• REVOLADE ; İmmünoglobulinlere dirençli olup olmadığı raporda belirtilmediği ve güncel plt değeri olmadığından itirazın reddine.</li></ul>

