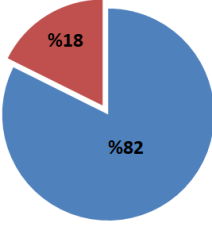


## 19.İTİRAZ KOMİSYONU

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

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=34

ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
6

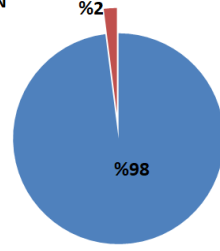


ÖDENEN DOSYA  
SAYISI  
28

## 19.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN TUTAR ■ 2. ÖDENMEYEN TUTAR

ÖDENMEYEN  
TUTAR  
13 659.9 ₺



ÖDENEN  
TUTAR  
668 873.23 ₺

## 13.06.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>REFACTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON(KANAMA RAPORU OLDUĞUNDAN RAPOR SÜRESİ 3 GÜN.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>09/05/2024 TARİHLİ PROFLAKSİ RAPORUNA İSTİNADEN HAFTADA 1*2 OLARAK İŞLEM YAPILMASINA.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU İÇİN EVRE YOK.)</li><li>CORASPİN 100 MG.30 TB.(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li><li>PLETAL 100 MG 60 TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTIDIR. HASTADA BU DURUMLARIN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LETU; RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>CORASPİN; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>PLETAL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>TIODİK 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>VINTOR 0,5 MG 28 KAP(1) SON 1 YIL İÇİNDE EN AZ BİR ATAK GEÇİRMİŞ OLMAK, 2) BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE (YENİ T2 LEZYON, AKTİF LEZYON VEYA MEVCUT LEZYONDA BÜYÜME) ARTIŞ, 3) DOĞRULANMIŞ (6 AY İÇİNDE GERİ DÖNÜŞÜMSÜZ) EDSS ÖLÇEĞİNDE EN AZ 0,5 PUAN ARTIŞI. ENAZ İKİSİNİ TASIYAN HASTALARDA ODENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL)(RAPOR ÇIKTIĞI TARİHTE (24.01.2024) HASTA 18 AYLIKTAN BÜYÜK VE RAPOR TARİHİNDEKİ KİLOSU 9 KG'DAN FAZLA (11 KG) OLDUĞU İÇİN INFATRİNİ ÖDENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>INFATRİNİ ; MAMA İÇİN YAŞ VE KİLO DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

6	<ul style="list-style-type: none"><li>ELOCTA 1500 IU IV ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN TOZ VE COZUCU(RAPOR DOZU HAFTADA 2*1500 IU OLUP HASTA KAYDINDA HAFTADA BİR 1000IU İLE MEVCUTTUR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ELOCTA; BİR ÖNCEKİ REÇETEDEN RAPOR VE REÇETE DOZUNA GÖRE HAFTADA 1*3 OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)</li><li>FORTINI MULTI FIBRE ÇIKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>FORTINI MULTI; RAPORDA MAMA ADI GEÇMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.275)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>ANZYL 15 MG 28 FTB (SSRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>NANOGAM 10G/100 ML INFUZYONLUK COZELTI ICEREN FLAKON (1 FLAKON)(10 GR)(5510 SAYILI KANUNUN 64. MADDESİ "C" BENDİNE GÖRE "YABANCI ÜLKE VATANDAŞLARININ; GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VEYA GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİ SAYILDIĞI TARİHTEN ÖNCE MEVCUT OLAN KRONİK HASTALIKLARI, " TEDAVİLERİ ÖDEME KAPSAMI DIŞINDADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>NANOGAM-GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>VIREAD 245 MG-İFADE ÖNCEKİ RAPORUN KOPYASIDIR. GÜNCEL DEĞERLER ÖLÇÜM TARİHİYLE BELİRTİLECEK.</li><li>ZENTICAVIR 0.5 MG-RAPOR ÖNCEKİ RAPORLARIN KOPYASIDIR. YENİ DEĞER TARİHİYLE BİRLİKTE BELİRTİLECEK.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VIREAD- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>ZENTICAVIR- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA RAPORDA BELGELENMEMİS.)</li><li>NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA RAPORDA BELGELENMEMİS.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

14	<ul style="list-style-type: none"><li>BETMIGA 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 FILM TABLET(RAPORDA OLMAYAN 275 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>TRELEGY ELLIPTA 200/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30ADET(IKS+LABA+LAMA)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>ADENURIC 120 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPOR UYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>TENOVIRAL 245 MG 30 FTB(RAPORDA GÜNCEL DEĞERLER TARİHİYLE BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>CLOGAN 75 MG 28 FTB(RAPORDA HASTANIN HANGİ DURUMUNUN OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>DOPADEX SR 25 MG/100 MG UZATILMIŞ SALIMLI 100 TB(RAPOR DOZUNA DÜZELTİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>BARAVIR 0,5 MG FILM KAPLI TABLET(RAPOR KOPYASIDIR.GÜNCEL DEĞERLER TARİHLERİYLE BELİRTİLECEK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>POTCIT 10 MEQ 100 KONTROLLU SALIM TB(EN AZ BİR KEZ GİRİŞİMSEL (ESWL VEYA CERRAHİ) TEDAVİ UYGULANMIŞ REKÜRREN BÖBREK TAŞI OLAN VE İDRAR PH DEĞERİ 6,5 İN ALTINDAKİ HASTALARDA ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>LATIXA 500 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR. HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.)</li><li>TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LATIXA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>TIOPATI-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMİN)(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)</li><li>ALVASTIN 10 MG.30 FILM TABLET(LDL DEĞERİ TEK BAŞINA YETERLİ DEĞİL.EK FAKTÖRLER DE GEREKLİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>GALVUS; RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>ALVASTIN ; KAROTİD ARTER HASTALIĞI EK HASTALIKLAR ARASINDA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>

24	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 267 M 90 KAP(HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMIS ESKI TG DEGERI ILE OZENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖZENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(DİYABETİK NÖROPATİK AĞRI VE PERİFERAL DİABETİK POLİNÖROPATİ SEMPTOMLARININ TEDAVİSİNDE; NÖROLOJİ, BEYİN CERRAHİSİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON, ANESTEZİ VE REANİMASYON, İMMÜNOLOJİ, ROMATOLOJİ, İÇ HASTALIKLARI VEYA ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA HASTALIKLARI UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN VEYA BU UZMAN HEKİMLERDEN BİRİNİN DÜZENLEDİĞİ UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLEBİLİR.)</li><li>FLEXFINE 4 MM 31G IGNE UCU(RAP 2 DOZ İNS. KUL AYRICA 2*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>THIOCTACID- EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖZENMESİNE.</li><li>FLEXFINE; TEK ÇEŞİT İNSÜLİN GÜNDE 2 KEZ KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 10 MG.30 TB.(LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL. İDAME TEDAVİ DEĞİL.)</li><li>EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(İLGİLİ RAPOR SEÇİLDİ. YENİ RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR- LDL ÖLÇÜMÜ RAPOR TARİHİNDEN ÖNCEKİ SON 6 AY İÇİNDE YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>EXFORGE; İLAÇLA İLGİLİ AÇIKLAMANIN OLDUĞU RAPORLAR 30/06/2024 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>TARCEVA ROCHE 25 MG 30 FTB (ENDİKASYON DIŞI BELGEDE 6 (ALTI) AYLIK DOZDA KULLANIMI UYGUNDUR. TEDAVİYE DEVAM EDİLMEK İSTENİLMESİ DURUMUNDA BAŞVURUNUZU "HTTPS://RECETEM.ENABİZ.GOV.TR" WEB SİTESİ ÜZERİNDEN YAPABİLİRSİNİZ İFADESİ OLDUĞU İÇİN BELGENİN SÜRESİ DOLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖZENMEMİŞTİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2024-11.KOM.KALAN; GELEN GÖRÜŞE VE BELGELERE GÖRE ÖZENMESİNE.</li></ul>

