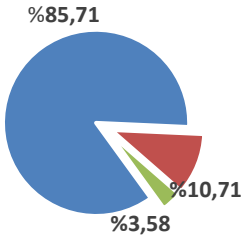


26.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=28

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
24



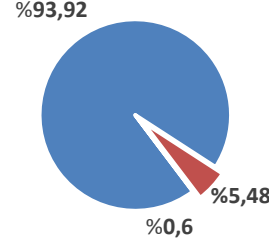
■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN
DOSYA SAYISI
1

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
3

26.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
686 815,10 ₺



■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN TUTAR
4 417,96 ₺

ÖDENMEYEN
TUTAR
40 058,96 ₺

13.09.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| DOSYA NO | İTİRAZ KONUSU | KOMİSYON KARARI |
|----------|---|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none">PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(Rapor kriterleri uygun değildir.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none">DIAZOMID 250 MG 10 TB.(Geri ödeme koşulları sağlanamamıştır.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none">ATOR 40 MG.30 TB.(RAPOR TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK ALTI AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI BULUNMAMAKTADIR.RAPOR BAŞLANGIÇ TARİHİ İLE UYUMLU GÜNCEL TETKİK DEĞERİ GEREKLİDİR) | <ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE |
| 4 | <ul style="list-style-type: none">MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL | <ul style="list-style-type: none">Rapor tarihinde boy veya kilonun 2 standart sapma altında olması yeterli olduğundan ödenmesine. |
| 5 | <ul style="list-style-type: none">RINVOQ 15 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (28 ADET)(İlaca başlandıktan 3 ay sonra yapılan değerlendirmede DAS 28 skorunda 0,6 puandan fazla düşme olması halinde TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(SUT MADDE 4.2.8.A / (2) - 2 ŞARTLARINI KARŞILAMAMAKTADIR.)FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(SUT MADDE 4.2.8.A / (2) - 2 ŞARTLARINI KARŞILAMAMAKTADIR.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none">EVASIF 245 MG 30 FTB(RAPORDAKİ TETKİK SONUÇLARI MART 2023 RAPORU İLE AYNIYDIR, HASTANIN SON 1 YIL İÇİNDE HBSAG SONUCU BULUNMAMAKTADIR.) | <ul style="list-style-type: none">EVASIF ; RAPORDA GÜNCEL HBS AG DEĞERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |

| | | |
|----|---|--|
| 8 | <ul style="list-style-type: none">LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN(RAPORDAKI ILAC DOZUNA ISTNADEN RECETE DOZU DUZELTILDI.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 9 | <ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(malnütrasyon tanımı ve beslenme eksikliği ilgili açıklama sut a uygun değil.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 10 | <ul style="list-style-type: none">SUTENT 25 MG 28 KAPSUL(tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir) | <ul style="list-style-type: none">SUTENT ; Raporun açıklama kısmında sunitinib ile tedavi altında hastalıkta progresyon gelişmediği belirtildiğinden ödenmesine. |
| 11 | <ul style="list-style-type: none">RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL(Kök hücre transplanstasyonu uygulanmamış olup sistemde monoterapi olarak görülmekte) | <ul style="list-style-type: none">HASTANEDE UYGULANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. |
| 12 | <ul style="list-style-type: none">EUTHYROX 100 MCG 50 TAB(RAPORDAKI ILAC DOZU 1*1 AYNI RECETEDE EUTHYROX 75MCG TABLET YAZILI.) | <ul style="list-style-type: none">HER İKİ FORMUN GÜNDE 1*0,5 MCG İŞLEM YAPILMASINA. |
| 13 | <ul style="list-style-type: none">URSACTIVE 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET (UGEFAL 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET)(raporda endikasyon uyumu yok.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 14 | <ul style="list-style-type: none">XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(Rapor uygun değil (SUT EK-4/F Madde-49-b)) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 15 | <ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(Raporda enteral beslenme ürününün adı yok.) | <ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER; 21/12/2023 TARİHLİ RAPORA GÖRE İŞLEM YAPILMASINA. |
| 16 | <ul style="list-style-type: none">LAMICTAL DC 100 MG.30 CIG TB.(Rapor dozuna düzeltildi) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 17 | <ul style="list-style-type: none">RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(Rapor dozuna düzeltildi.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 18 | <ul style="list-style-type: none">ANTI-ASIDOZ 100 YUMUSAK JELATIN KAP..(500 MG)(raporda uygun ıcd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış.)MATOFIN 500 MG 100 XR TB(rapordaki doz girildi.)VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(raporda endikasyon uyumu yok.Ayrıca SB dan izinli kullanım onayıyla ilgili tanı kodu raporda yok.) | <ul style="list-style-type: none">ANTI-ASIDOZ ; Kronik böbrek yetmezliği tanısında; Asit, baz, elektrolit, kalsiyum ve fosfat dengesini sağlamaya yönelik ilaçlar, parenteral sıvılar verilebileceğinden ödenmesine.MATOFIN- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.VALAMOR- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 19 | <ul style="list-style-type: none">TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(raporda sutta istenen açıklama yok.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |

| | | |
|----|--|--|
| 20 | <ul style="list-style-type: none">• PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTA BAŞKA BİR STATİN KULLANMAKTADIR, GÜNCEL RAPORA GÖRE ÖDEME YAPILDI.)• KEPPRA 100 MG/ML 150 ML ORAL COZ+3 ML ENJ(RAPOR DOZUNA GÖRE İŞLEM YAPILDI.) | <ul style="list-style-type: none">• PRATIN ; İKİ FARKLI STATİN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.• KEPPRA ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 21 | <ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(gebelikte katılım paylı ödendi.) | <ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR ; GEBELİK TEŞHİSİ DIŞINDA KULLANILMADIĞINDAN KATILIM PAYLI ÖDENMİŞTİR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALLE EDİLMİŞTİR. |
| 22 | <ul style="list-style-type: none">• SPASMEX 30 MG.50 FILM TABLET(Rapor dozuna düzeltildi.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 23 | <ul style="list-style-type: none">• GLUCERNA SR CILEK AROMALI 230 ML.(206 KCAL)(Raporda enteral beslenme ürününün adı yok)• DIYATIX 50 MG TABLET (56 TABLET)(Rapor dozuna düzeltildi.) | <ul style="list-style-type: none">• GLUCERNA SR ; RAPORUN AÇIKLAMALAR KISMINDA MAMA ADI GEÇTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.• DIYATIX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 24 | <ul style="list-style-type: none">• RECHROSITOL 5 MCG/ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI (5 AMPUL)(Başlangıç için PTH değeri uygun değil) | <ul style="list-style-type: none">• E-REÇETEDKİ TAHLİL SONUÇLARINA GÖRE ÖDENMESİNE. |

