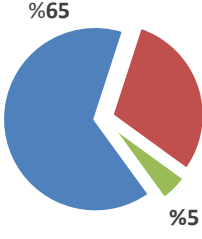


### 34.İTİRAZ KOMİSYONU GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=40

ÖDENEN DOSYA  
SAYISI  
26



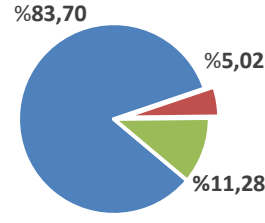
■ ÖDENEN DOSYA  
■ ÖDENMEYEN DOSYA  
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN  
DOSYA SAYISI  
2

ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
12

### 34.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR  
1 626 279 ,47 ₺



■ ÖDENEN DOSYA  
■ ÖDENMEYEN DOSYA  
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN  
TUTAR  
219 223,04 ₺

ÖDENMEYEN  
TUTAR  
97 529,27 ₺

## 14.11.2024 TARİHLİ 34.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>ENBREL 25 MG SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR (ANTI TNF)(hastanın ilaca başladığı tarihteki başlangıç kriterleri uygun değil.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ENBREL; İDAME KRİTERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE JUNIOR FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (286 KCAL)(5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (&lt; -2SD) olmalıdır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 10 MG 90 FILM TABLET(LDL düzeyinin, tedaviye başlanmadan önceki son 6 ay içinde, en az bir hafta ara ile yapılmış iki ölçümde de tedaviye başlama kriterlerini sağlıyor olması gerekir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR ;İDAME TEDAVİ OLDUĞUNDAN VE RAPORA EKLENEN İKİNCİ LDL HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (&lt; -2SD) olmalıdır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(REÇETEDE 1mcg/kg /hafta va:65 kg kronik böbrek hastalığına bağı anemi+ 25/09/2024 tarihli ferritn 1516pth:240,9 YAZILI ANCAK Tedaviye başlama ve idame dozu, sırasıyla; darbepoetin için 0.25-0.75 mcg/kg/hafta ve idame dozu 0.13-0.35 mcg/kg/haftadır.HASTAYA VERİLMESİ GEREKEN 0,75*65KG=48,75 MCG/KG/HAFTA OLDUĞU İÇİN ARANESP 50MCG VERİLMESİ GEREKİRDİ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ARANESP 60 MCG; E-REÇETEDeki DOZA GÖRE 50 MCG LİK FORM VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

6	<ul style="list-style-type: none"><li>BETANORM MR 30 MG 60 TB. (SULFONILURE)(rap.1*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(Yalnızca bifosfonatları tolere edemeyen veya yeterli yanıt alınamayan osteoporozlu hastalarda)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL)(5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (&lt; -2SD))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>POTCIT 10 MEQ 100 KONTROLLU SALIM TB(En az bir kez girişimsel (ESWL veya cerrahi) tedavi uygulanmış rekürren böbrek taşı olan ve idrar Ph değeri 6,5 ın altındaki hastalarda endikedir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>JECTERA 10 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN LIYOFILIZE TOZ VE COZUCU (1 FLAKON + 1 AMPUL)(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN HANGİSİNİN VAROLDUĞU BELİRTİLMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>CIMZIA 200 MG/ML SC STERIL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(RAPORDA BELİRTİLEN DAS28 DEĞERİ ESKİ RAPOR BAŞLANGIÇ DEĞERİDİR.ESKİ RAPORDA DÜZELME VARKEN YAN ETKİDEN GEÇİLDİĞİ BELİRTİLMİŞ.YENİ DEĞER BELİRTİLMEMİŞ.)</li><li>INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(Infatrini 18 aylıktan küçük veya ağırlığı 9 kg'dan düşük bebeklerde kullanılır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CIMZIA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>INFATRINI; 18 AYI DOLDURAN BEBEĞİN KİLOSU 9 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 10 MG.30 TB.(idame ted. değil eski tar.LDL mevcut)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDA GÜNCEL LDL SONUCU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>JINARC 30 MG 28 TABLET(Son bir ay içinde 2 defa yapılan ölçüm sonucu yoktur)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>JINARC- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

14	<ul style="list-style-type: none"><li>CETROTIDE 0.25 MG.LIYOFILIZE 1 FLK...(en az iki deneme OI + IUI uygulanması sistemde yok)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CETROTIDE-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE VE HASTANEDEN ALINAN BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET(rap 1*1 hasta 100 mcg den ilaç almış)</li><li>FEPATIL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(rap LDL değ. Mevcut)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EUTHYROX-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>FEPATIL; 21/02/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>VASTAREL MR 35 MG 60 FTB(Rapor dozuna düzeltildi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(rapordaki eksikler tamamlansın diye iade edildi reçete tekrar kuruma 10 iş gününde gönderilmedi)</li><li>LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(rapordaki eksikler tamamlansın diye iade edildi reçete tekrar kuruma 10 iş gününde gönderilmedi)</li><li>FERRO SANOL DUODENAL 567.7 MG 20 KAP(rapordaki eksikler tamamlansın diye iade edildi reçete tekrar kuruma 10 iş gününde gönderilmedi)</li><li>ECOPIRIN 100 MG 30 TB(rapordaki eksikler tamamlansın diye iade edildi reçete tekrar kuruma 10 iş gününde gönderilmedi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>REÇETE 08/10/2024 TARİHİNDE İADE EDİLMİŞTİR. 10 İŞ GÜNÜ İÇİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET(Geri ödeme kriterleri yeterli değildir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDA UYGUN İKİ LDL DDEĞERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI MULTI FIBRE ÇIKOLATA 200 ML (300 KCAL)(5 yaş altı çocuklar için yaşa göre ağırlık &lt; -2SD olmalıdır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

20	<ul style="list-style-type: none"><li>Beslenme solusyonunun adı 30/07/2024 tarihli raporda yazılı ancak başka bir beslenme solusyonu adı olan 08/08/2024 tarihli rapordan çıkış yapılmış reçete 30/07/2024 tarihli raporla ilişkilendirilince sistem Reçetede yer alan enteral beslenme ürünleri ile (varsa) hastanın elinde bitmemiş olan enteral beslenme ürünlerinin toplam günlük kalori miktarı, raporda belirtilen yada ilacın SUT kaydında yer alan günlük kalori miktarından (2200.0 kcal) fazla olamaz. uyarısını verdiği için bedeli ödenmedi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>08/08/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>OZURDEX 0,7 MG INTRAVITREAL IMPLANT(raporda ilaca devam kriterleri belirtilmemiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>OZURDEX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU (Endikasyon dışı iznin süresi dolmuştur)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ENDİKASYON DIŞI KULLANIM İZNİNDEN SONRA 4 KEZ AKUT KANAMA RAPORUYLA REÇETE YAZILDIĞINDAN VE 6 AYLIK DOZ AŞILMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(Rapora radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası veya teşhise esas teşkil eden bilgiler eklenmemiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
24	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE 2.0 VANILYA AROMALI 200 ML (400 KCAL)(raporda mamanın tam adı yazmıyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDA MAMA ADI GEÇMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>REFACTO AF 1000 IU IV ENJ. COZ IC. TOZ VE COZUCU 1 FLK(Yabancı ülke vatandaşının sağlık hizmetinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre değerlendirilebilmesi için kronik hastalığın başladığı tarih raporda yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>REFACTO;GSS KAPSAMINDA OLAN HASTA İÇİN İL GÖÇ İDARESİNE GÖRÜŞ SORULMUŞTUR.GELEN GÖRÜŞE GÖRE GSS KAPSAMINA ALINAN TARİHTEN ÖNCE KRONİK HASTALIK TEDAVİSİNE BAŞLADIĞINDAN VE GÖÇ İDARESİ KAPSAMINDAN ÇIKTIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>

26	<ul style="list-style-type: none"><li>IXIFI 100 MG I.V. INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMADA KULLANILACAK KONSANTRE ICIN TOZ (ANTI TNF)(hastaya 29/05/2024 de etanercept 1 aykullanilmis 04/07/2024 de tosilizumab 1 ay kullanilmis 26/007/2024 de tekrar infliximab baslanmis oysa SUT ta belirtilen kosullarda ve surelerde diger anti-TNF ilaclardan en az birini kullanmis ve cevap alinamamis hastalarda, bu durumun belirtildiği 3 ay süreli sağlık kurulu raporu ile infliximab başlanır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İDAME TEDAVİ OLDUĞUNDAN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>REFACTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON(Yabancı ülke vatandaşının sağlık hizmetinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre değerlendirilebilmesi için kronik hastalığın başladığı tarih raporda yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>REFACTO-HASTANIN DOĞUM TARİHİNDE GSS KAPSAMINDA OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE TEDAVİYE 2022 TARİHİNDE BAŞLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(raporda periferal olduğu yazmıyor.)</li><li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(raporda astımla ilgili sutta istenen bilgiler eklenmemiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TIOPATI-B 600MG; REÇETEYLE İLGİLİ RAPORDA PERİFERAL İFADESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>TRELEGY; Raporda uzun etkili beta-2 agonist ve orta doz inhale kortikosteroid kombinasyonu ile yeterince kontrol edilemeyen ve önceki yıl bir veya daha fazla astım alevlenmesi yaşayan ibaresi olmadığından itirazın reddine.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(raporda mamanın adı yok.)</li><li>NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(raporda mamanın adı yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İLİŞKİLİ RAPORDA MAMALARIN ADI OLMADIĞINDAN VE ÖNCEKİ RAPOR SÜRESİ 6 AY GEÇERLİ OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
30	<ul style="list-style-type: none"><li>FASENRA 30 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(ilaca başlama raporunda en az 3 gün sistemik kortikosteroid kullanımını gerektiren yılda en az 2 atağı olması durumu belirtilmemiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BAŞLANGIÇ RAPORUNA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET(İdl ölçüm tarihleri son 6 ay içinde olması gerekiyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ALVASTIN;SON 6 AY İÇİNDE LDL YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>ADENURIC 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET(Serum ürik asit düzeylerinin; gut artriti atağı bulunması durumunda 6 mg/dl'nin üzerinde, gut artriti atağı bulunmaması durumunda ise 8 mg/dl'nin üzerinde olduğu kronik hiperürisemi hastalarında ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ADENURIC;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
32	<ul style="list-style-type: none"><li>VIRENTE 0,5 MG 30 FTB(hastanın raporu uygun değil ve İmmünsupresif ilaç tedavisi almıyor görünüyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İMMUNSUPRESİF TEDAVİ ALMADIĞINDAN VE RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
33	<ul style="list-style-type: none"><li>NANOGAM 10G/100 ML İNFUZYONLUK COZELTI İCEREN FLAKON (1 FLAKON)(10 GR)(Yabancı ülke vatandaşının sağlık hizmetinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre değerlendirilebilmesi için kronik hastalığın başladığı tarih raporda yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2024-25.KOM.KALAN.GÖÇ İDARESİNE GÖRÜŞ SORULMUŞTUR.GELEN CEVABA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>REFACTO AF 1000 IU IV ENJ. COZ IC. TOZ VE COZUCU 1 FLK(Yabancı ülke vatandaşının sağlık hizmetinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre değerlendirilebilmesi için kronik hastalığın başladığı tarih raporda yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2024-25.KOM.KALAN.GÖÇ İDARESİNE GÖRÜŞ SORULMUŞTUR.GELEN CEVABA GÖRE GÖÇ İDARESİ KAPSAMINDAN ÇIKTIĞI VE GSS KAPSAMINA GİRMEYEN ÖNCE KRONİK HASTALIK TEDAVİSİNE BAŞLADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
35	<ul style="list-style-type: none"><li>NANOGAM 10G/100 ML İNFUZYONLUK COZELTI İCEREN FLAKON (1 FLAKON)(10 GR)( 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre "Yabancı ülke vatandaşının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları"tedavileri ödeme kapsamı dışındadır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>2024 - 19. KOM.KALAN.GÖÇ İDARESİNE GÖRÜŞ SORULMUŞTUR.GELEN CEVABA GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

