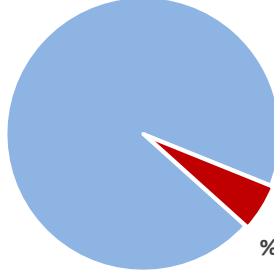


31.İTİRAZ KOMİSYONU GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=18

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
17

%94,44



ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
1

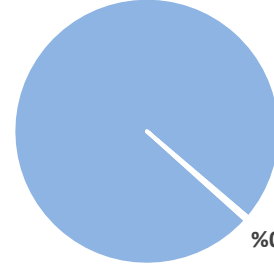
%5,56

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

31.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
1 030 569,23 ₺

%99,55



ÖDENMEYEN
TUTAR
4 689,24 ₺

%0,45

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

17.10.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(radyoloji, patoloji veya sitoloji raporuyla ilgili bilgiler belirtilmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)(Rapor uygun değil (SUT 4.2.24.B-(12))	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(Raporda enteral beslenme ürününün adı yok.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY-RAPORDA 3.SATIRDA ADI GEÇTİĞİNDEN ÖDENMESİNE
4	<ul style="list-style-type: none">BOSULIF100 MG 28 FILM TABLET(Philadelphia kromozomu pozitif (PH+) kronik miyeloid lösemisi olan yetişkin hastaların tedavisinde;)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">ALVASTIN 10 MG 90 FILM TABLET(rap. ldl değ. tar. Uyumsuz)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP.(Hasta 15.10.1023 tarihinden sonra tedavisine 6 aydan fazla ara vermiş. Bedeli ödenmedi. Yeniden başlama kriterini sağlaması gerekir.)RESOURCE JUNIOR FIBRE CILEK AROMALI 190 ML(285 KCAL)(Malnütrasyon tanımı 5 ve üstü hasta kriterine uygun yapılmamış olduğundan bedeli ödenmedi.)	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL ; TRG DEĞERİ EKLENMİŞTİR , ANCAK EK HASTLIK BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.RESOURCE JUNIOR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

7	<ul style="list-style-type: none">• ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(İdame tedavi sırasında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır. e-reçetede hastanın bu değerleri mevcut değil.)	<ul style="list-style-type: none">• ARANESP; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• LUCENTIS (HAS. TED. FAYDA GÖRDÜĞÜ RAP. BELİRTİLMELİDİR.)• LUCENTIS - (has. ted. fayda görmemiştir yazılı)• EYLEA - (oct tar. uygun değil)• EYLEA -(Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 12 hafta sonra OKT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur)• EYLEA -(Bevacizumab tedavisinden yanıt alınamaması durumu uygulama tarihinden 4 veya 12 hafta sonra OKT görüntüsünün eklenerek dokümanite edilmesi zorunludur)	<ul style="list-style-type: none">• LUCENTIS ; RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.• LUCENTIS; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE• EYLEA – RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE• EYLEA; Raporda sağ göz sıvı 255 ve OCT:25/06/2024 olarak belirtildiğinden ödenmesine.• EYLEA ; İLK EYLEA RAPORUNDA BEVACİZUMAB SONRASI 4-12 HAFTA ARSINDA OCT YAPILDIĞI GÖRÜLMÜŞTÜR. GÜNCEL OCT EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(hastanın ilaç değişim kriterleri bulunmamaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• AFINITOR 10 MG 30 TB(/metastatik meme kanseri için sadece bir seri kemoterapi ve bir seri non-steroidal aromataz inhibitörü kullanmış ve sonrasında progresyon göstermiş, HER 2/neu negatif, postmenopozal, semptomatik visseral hastalığı olmayan, hastalarda bedeli ödenir)	<ul style="list-style-type: none">• AFINITOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE DIABET CİLEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(hasta diyabet hastası değil resource diyabet solusyon verilmiş)	<ul style="list-style-type: none">• BESLENME EKSİKLİĞİ VE MALNUTRİSYONDA KULLANILABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.

12	<ul style="list-style-type: none">ILARIS 150 MG/ML ENJ COZ ICIN TOZ ICEREN 1 FLK(kolşisin kullandığı atak dönemlerindeki crp değerlerine dair bilgiler tahliller bulunmamaktadır.anakinraya gelişen yan etki branş hekimleri tarafından doğrulanmış ve belgelenmiş konsültasyon notunun raporda bulunmamaktadır. hastanın kanakinumab kullandıktan sonraki verdiği cevap raporda bulunmamaktadır. rapor sut a uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">ILARIS ; SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE TEDAVİYE BAŞLAYAN HASTADA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">RENALAMER 800 MG 180 FTB(Rapor uygun değil (SUT 4.2.9.B))	<ul style="list-style-type: none">RENALAMER;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

