



## 25.04.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(XTANDI İÇİN HASTANIN RAPORU SUT'UN 4.2.14.C/3-U-2 MADDESİNDEKİ ENZALUTAMİD KULLANIM KOŞULLARINI KARŞILAMAMAKTADIR; BU NEDENLE ÖDENMEZ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>XTANDI -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(TEDAVİYE HBSAG POZİTİFLİĞİNE İSTİNADEN 1 YIL DEVAM EDİLİR.)</li> <li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(RAPOR UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VEMLIDY; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>TRAJENTA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORTINI MULTI FİBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA HASTA YAŞINA GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ STANDART VKİ -2 STANDART SAPMANIN ALTINDADIR OLDUĞU BELİRTİLİYOR HASTA 3 YAŞINDA OLDUĞU İÇİN AĞIRLIĞI GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURULDUĞU İÇİN ( 5 YAŞ ALTI ÇOCUKLAR İÇİN YAŞA GÖRE AĞIRLIK (&lt;- 2SD),) BEDELI ÖDEBNMEDI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTI(RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>REAMPLA 125 MG KAPSUL (21 KAPSUL)(RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FASLODEX VE VALAMOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LETU VE REAMPLA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>

5	<ul style="list-style-type: none"><li>• EVRENZO 100 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(HASTANIN KİLOSUNA BAĞLI DOZLAMA YAPILIŞI VE ARACEPT'TEN GEÇİŞ DOZU YÜKSEK)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• EVRENZO; ÖNCEKİ EPO 80 MCG GÖRE DÜŞÜK DOZ VERİLDİĞİNDEN VE POZOLOJİYE GÖRE HASTADA ÜÇ KEZ ALMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIFECEK INSULIN KALEM İGNESİ 31GX6MM(RAPORDA 2*1,REÇETEDE 4*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE GÜNDE 3*1 OLARAK İŞLEM YAPILMASINA.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ İCİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(HASTANIN KAYITLI BİGİLERİNE BAKILDIĞINDA BİFOSFANAT KULLANMADIĞI GÖRÜLÜYOR. ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PROLIA; 2009 YILINDA BONVİVA KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>• NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA YAZAN MAMADAN FARKLI MAMA VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>• ENSURE KAKAOLU 250 ML KUTU(251 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>• INFERJECT 500 MG/10 ML İ.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İCİN COZELTİ (1 ADET)(RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ)</li><li>• VENClyXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON DIŞI BELGESİ SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İCİN KESİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• INFERJECT; E-REÇETEDKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• VENClyXTO; KLL TANISINDA ENDİKASYON DIŞI İLE VERİLEBİLECEĞİNE DAİR GÖRÜŞ YAZISINA İSTİNADEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>• JAKAVI 15 MG 56 TB(JAK 2 (V617F VE EXON 12) MUTASYONLARININ VARLIĞI İLE TANI KONULMASI ŞARTI İLE ÖDENİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• JAKAVI -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>• CLOGAN 75 MG 28 FTB(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>• UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>• XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

15	<ul style="list-style-type: none"><li>• KEPPRA 500 MG.50 FILM TABLET(RAPORDA 600MG,REÇETEDE VERİLEN 1000MG)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>• PLAVIX 75 MG 28 FTB(PLAVIX,PLETAL,ECOPIRİN;İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTI KOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPIDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APIKSABAN))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PLAVIX; İLACIN KONTRENİKASYONLARI ARASINDA BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(HASTANIN KİLOSUNA GÖRE 40MCG KULLANMASI GEREKİYORDU)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARANESP 60 MCG; E-REÇETEDKİ DOZ VE KİLOYA GÖRE 40 MCG VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIPITOR 20 MG 90 TABLET(RAPOR ÖNCESİ 6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT, GÜNCEL LDL SONUCU MEVCUT DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIPITOR; TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>• REVLİMİD 10 MG 21 SERT KAP(SUTTA REVLİMİD KULLANIMI ŞARTA BAĞLANMIŞTIR .BU NEDENLE ENDİKASYON DIŞI KULLANIM BELGESİ OLSA DA BEDELİ ÖDENMEZ EN AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ (VAD, MP VEYA DİĞER STANDART ANTİMİYELOM REJİMLER) KULLANIM SONRASI HASTALIK PROGRESYONU GELİŞMİŞ HASTALARDAN; B)TRANSPLANTASYON SONRASINDA DİRENÇLİ HASTALIĞI OLAN MULTİPLE MYELOM (MM) HASTALARININ TEDAVİSİNDE, BEDELİ ÖDENİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• REVLİMİD ; İLAÇ İÇİN ENDİKASYON DIŞI İZİN RAPOR KODUNDA HANGİ TANILARIN ÖDENMEYECEĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>• PAXERA 20 MG 28 FILM TABLET (SSRI)(2019 RAPORU 6 AY İLE SINIRLI (RAPORSUZ OLARAK DÜZELTİLDİ))</li><li>• OLAXINN 5 MG 28 AGIZDA DAGILAN TB(2019 RAPORU 6 AY İLE SINIRLI (RAPORSUZ OLARAK DÜZELTİLDİ))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SSRI GRUBU İÇİN ÖZEL RAPOR SÜRESİ SINIRLAMASI BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABYGA 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET(PREDNİZOLONLA KOMBİNE OLARAK KULLANILMAMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABYGA; RAPORSUZ OLARAK DELTACORTİL KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>• BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(254N UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>• EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET(RAPOR DOZU AŞILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• EUTHYROX ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

24	<ul style="list-style-type: none"><li>AKINETON 2 MG.100 TB.(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>TASIGNA 200 MG.112 KAPSUL(RAPORDA, HASTANIN DİRENÇ VEYA İNTOLERANS GELİŞMESİ DURUMLARIYLA İLGİLİ SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKLENMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>SANELOC 100 MG 20 TABLET(RAPORDA METOPROLOL TB 1*1 OLARAK BELLİRTİLMİŞ ANCAK 2*1 OLARAK REÇETELENMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDAKİ DOZ GÜNDE 2*1 OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE PEPTIDE VANILYA AROMALI 200 ML SİSE(200 KCAL)(05/07/2019 TARİHLİ RAPOR SURESİ 05/01/2020 TARİHİNDE DOLDUĞU İÇİN SÜRESİ UZATILMIŞ OLSA BİLE BEDELİ ÖDENMEZ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE PEPTIDE; 336FKJ7-12/01/2024 TARİHLİ İDAME RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ.(GEBELİKTE KATILIM PAYLI OLARAK BEDELİ ÖDENİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ENOX; GEBELİK TEŞHİSİ HARİCİNDE BİR TEŞHİSTE KULLANILMADIĞINDAN KATILIM PAYI KESİLMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTA İLACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEĞERİ İLE ÖDENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PRATIN; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
30	<ul style="list-style-type: none"><li>REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLK (ANTI TNF)(RAPORDAKİ BİLGİLER BASKA İLACA AIT.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>NOVOSEVEN RT 2 MG ENJ COZ İCİN TOZ VE COZUCU(90MCG/KG/DOZ, HAFTADA 3 (ÜÇ) DOZ PROFİLAKTİK OLARAK 6 (ALTI) DOZDA KULLANIM İÇİN ENDİKASYON DIŞI İZİN VERİLMİŞTİR. ENDİKASYON DIŞI İZİNDE 6 AYLIK SÜRE BELİRTİLMEMİŞTİR.4 DOZ DAHA ÖNCE VERİLDİĞİNDEN 2 ADET ÖDENMİŞTİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>NOVOSEVEN; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGELERİNE GÖRE HESAPLANDIĞINDA 6 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİ VE 2 KUTU BEDELİNİN KESİLMESİNE.</li></ul>
32	<ul style="list-style-type: none"><li>JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA; ÖDENİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

33	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML ÇIKOLATA AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA NUTRİCİA FORTİNİ MULTİ FİBRE 2X1 ( ÇİLEKLİ+MUZ+ ÇİKOLATALI+ VANİLYA ) AYDA 60 ADET YAZILI ANCAK FORTINI 1,0 MULTI FIBER VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>ALVASTIN 20 MG 90 FILM TABLET (STATİN BAŞLANGIÇ KOŞULLARI RAPORDA YER ALMIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ALVASTIN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

