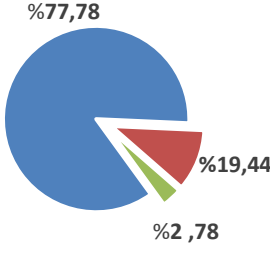


## 28.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=36

ÖDENEN DOSYA  
SAYISI  
29



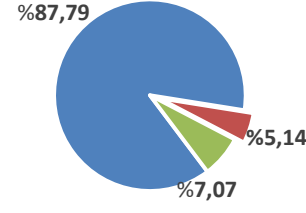
- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN  
DOSYA SAYISI  
1

ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
6

## 28.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR  
1 382 566,31₺



- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN  
TUTAR  
111 496,85  
₺

ÖDENMEYEN  
TUTAR  
80 977,43 ₺

## 26.09.2024 TARİHLİ 28.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>GLINIUM 50 MCG İNHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)(Rapor uygun değil (SUT 4.2.24.B-(12))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>GLINIUM -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(t değeri uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(geçmişinde aromataz inhibitörü kullanımı yoktur)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VALAMOR;AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ KULLANILMAMASI NEDENİYLE YAPILAN KESİNTİDEN SONRA RAPORA HASTANIN KENDİ İMKANLARIYLA ALDIĞI EKLETİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>RIVELIME 20 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(deksametazon veya borteomib ve deksametazon veya melfalan ve prednizon ile kombinasyon halinde endike olup monoterapi olarak uygulanmış (raporunda bu etken maddeler olmakla birlikte sistemde kayıtlı ilaca rastlanmamıştır)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KOMBİNE KULLANIM GÖRÜLMÜŞTÜR. RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>DAFLON 500 MG.60 FILM TABLET(raporda uygun icd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>DAFLON; VARİKOZ VENLERİ TANISI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>STELARA 90 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJ(ilaç kullanım geçmişinde Anti TNF ilaç bulunamamıştır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>STELARA ; 2019 YILINDA 3 AY SÜRELİ İLAÇ KULLANIMI OLDUĞUNDAN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

7	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARYOSEVEN 1,2 MG (60KIU) IV ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN TOZ VE COZUCU (1 FLAKON + 1 COZUCU)(Reçete 223 uyarı kodu seçilerek kaydedilmiştir. Ancak reçete Endikasyon Dışı izin verilen hekimin branşına göre düzenlenmemiştir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARYOSEVEN ; HASTANEDE İLGİLİ UZMAN BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>• OPAGIS 30 MG 28 MIKROPELLET KAPSUL(raporda uygun ıcd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış.)</li><li>• ULTROX 20 MG 28 FILM TABLET(İdi sonucu uygun değil.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• OPAGIS- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• ULTROX-LDL DEĞERİ 70 mg/dL'nin ÜSTÜNDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>• OXEPA 500 ML.(750 KCAL)(Günlük 1200 kcal doza düzeltildi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALIPZA 4 MG FILM TABLET(En az bir hafta ara ile iki defa olmak üzere, yapılmış kan lipid düzeylerinin her ikisinde de yüksek olduğunu gösteren tetkik sonuçları belirtilir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALIPZA;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>• TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(Rapor uygun değil (SUT 4.2.24.B - (2)))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>• GLIFIX PLUS 15/850 MG 30 FTB(RAPORDAKİ DOZU=1*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>• GLUCERNA SR CİLEK AROMALI 230 ML.(206 KCAL)(GLUCERNA SR için çıkan rapor seçildiğinde;8699548991394 barkodlu ilacın ayaktan raporlu ödenmesi için gerekli şartlar sağlanamıyor. Sebep(ler)i ; * yaş aralığı uyumsuz, (368199) * maksimum rapor süresi uyumsuz, (354097) * reçete uyarı kodları uyumsuz, (354268) * rapor'un başlangıç tarihi uyumsuz, (336235))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 12/06/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>• ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN GEREKLİ KOŞULLARI SAĞLAMAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ZENO ; 22/07/2024 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>• CORALAN 5 MG 56 FTB(Rapor uygun değil (SUT 4.2.15.C-(2))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>• TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İLAÇLA İLGİLİ RAPORA UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

17	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPOFEN SR 250 MG.30 KAPSUL(GÜNCEL LDL SONUCU GEREKMEKTEDİR, 6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPOFEN ; RAPORA EKLENEN TRG DEĞERLERİ 200 ÜZERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDA BESLENME SOLÜSYONUNUN TAM ADI OLMALIDIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE DIABET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB(rapor dozuna göre düzeltildi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 267 M KP.(tg değeri bulunamadı)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ÖDENMİŞ(KESİNTİ İPTAL EDİLMİŞ)</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>OFEV 150 MG 60 YUMUSAK KAPSUL(Başlangıç raporu sistemde kayıtlı değildir.SUT kriterleri karşılanmamıştır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR(Endikasyon dışı kullanım izni mevcut değildir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EPORON;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI MULTI FIBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(hastanın sisteme girilen raporu eski rapordur. ilacın adı bulunmamaktadır. sistemdeki son raporda ilaç adı bulunmaktadır ama raporu çıkartan doktor uygun değildir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI MULTI FIBRE; MAMAYLA İLGİLİ RAPORU İLGİLİ UZMANLAR DÜZENLEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
24	<ul style="list-style-type: none"><li>ROSUVAS 10 MG 28 FTB(HASTA İLACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEGERI İLE ODENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ROSUVAS; RAPORDAKİ LDL DEĞERİNİN 24/05/2024 TARİHİNE AİT OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(rapor açıklamasında 2*1 kullanacağı yazılı)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>HEPA-TAF 25 MG FILM KAPLI TABLET(İade sonrası raporda düzeltme yapılmadı SUT 4.2.13.1-(6) a) (Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti-HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İADE SONRASI RAPORA DEVAM KRİTERİLERİ EKLETİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>FRAVEN 48 MIU/0,5 ML IV INFUZYON/SC ENJEKSİYON İCİN COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEK(ENDİKASYON UYUMU ARANIR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

28	<ul style="list-style-type: none"><li>• TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(raporda periferel olduğu yazmıyor.)</li><li>• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(raporda sutta istenen bölgenin kmy sonucu yazmıyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TIOPATI-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• FOSAVANCE-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(Gebelikte Düşük Molekül Ağırlıklı Heparin kullanımı)</li><li>• SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+IKS)(Rapor uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR; GEBELİK HARİCİ KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• SERETIDE- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
30	<ul style="list-style-type: none"><li>• APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(raporda periferel olduğu yazmıyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reçeteler kuruma teslim edilmemiş</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İİRAZ DİLEKÇESİ EKİNDE TESLİM EDİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE</li></ul>
32	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR 10 MG.30 TB.(Rapor kriterleri uygun değildir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR-2024-25.KOM KALAN:GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

