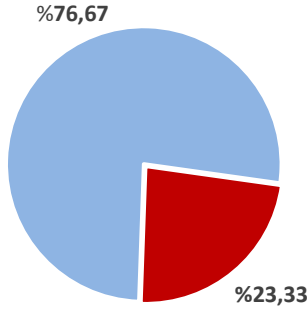


36.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=30

ÖDENEN
DOSYA SAYISI
23

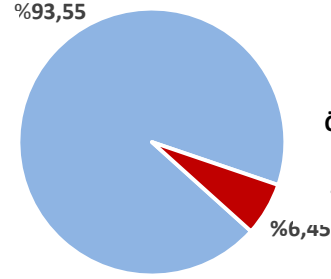


ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
7

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

36.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
575 559,64 ₺



ÖDENMEYEN
TUTAR
37 128,72 ₺

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

27.11.2024 TARİHLİ 36. İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">MEGACE 160 MG.30 TB.(raporda endikasyon uyumu yok.)	<ul style="list-style-type: none">MEME KANSERİ TANISINDA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">CALIRA 10 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (SGLT2 INH.)(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında terli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda ODENİR.)CRESTOR 20 MG.28 TABLET(HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEGERI ILE ODENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">CALIRA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.CRESTOR ; TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP.(Hasta , raporunun yenilediği tarihte ilaca 6 aydan fazla ara vermiş.O tarihten itibaren aynı eczaneden almış..Raporunyenilediği tarihte yeniden başlangıç kriterini karşılayıp karşılamadığı kontrol edilmeliydi.Bedeli ödenmedi.)	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL; TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE TRG DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (<-2SD) OLMALIDIR.)	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI- RAPORDA BOY VE KILO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(rapor dozu 1*1 olduğu halde sisteme 2*1doz girilmiş olup hasta mamayı erken almıştır)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

6	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(malnütrasyon tanımı uygun değil. Beslenme eksikliğini ifade eden açıklama eklenmemiş.)FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(malnütrasyon tanımı uygun değil. Besin alımıyla ilgili açıklama eklenmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.FORTIMEL -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(rapordaki mamadan farklı mama verilmiş)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(0. haftada subkutan yolla uygulanan 45 mg'lık ilk dozu takiben 4 hafta sonra 45 mg'lık ikinci bir doz ve bunun ardından her 12 haftada bir olmak üzere 45 mg'lık dozla 28 haftaya tamamlanmış olup, eylül ayında yeni raporla fatura edilmeliydi)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">COLCHICUM DISPERT 0,5 MG FILM TB (50 TB)(ENDİKASYON DISI KULLANIM.)EUTHYROX 50 MCG.50 TABLET(RAPORDAKI İLAC DOZU 1*1 AYNE RECETEDE EUTHYROX 150MCG TABLET YAZILI)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.EUTHYROX- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(SUT EK-4/F Madde-49 b) ; HASTA İADE TEDAVİSİ ALTINDADIR , İDAME KOŞULLARI RAPORDA BELİRTİLMEMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(19.09.2024 tarihli Rapor bilgisi LDL: 89 17/09/2024 olup Sut gereğince LDL 100'ün altında olduğundan Ezetimib'e geçmeye gerek yoktur.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">KINZY 10 MG 30 FTB(Reçetede 275 reçete uyarı kodu ile ilgili bilgi yok SUT EK-4/F Madde-45)	<ul style="list-style-type: none">RAPORSUZ İLAÇLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.)(rapor sut şartlarına uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

14	<ul style="list-style-type: none">• EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB(Rapor uygun değil (SUT EK-4/F Madde 51))• 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))• JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN)(Rapor uygun değil (4.2.38-(4)))	<ul style="list-style-type: none">• EXFORGE- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• TRELEGY- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• JANUMET- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">• SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB(İdame tedavisinde her kırmızı reçeteye; reçeteyi yazan hekim tarafından "yapılan idrar tahlilinde opiat negatif çıkmıştır" ifadesi yazılacaktır.)	<ul style="list-style-type: none">• REÇETENİN İADESİNE
16	<ul style="list-style-type: none">• ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET(TEK LDL ÖLÇÜMÜ YETERLİ DEĞİL.	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDA TEK LDL OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">• PERFOSE 800 MG 180 FTB(rapor sut şartlarına uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB(Rapor uygun değil (SUT 4.2.17.A-4-(b)/(c)))	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
19	<ul style="list-style-type: none">• SANDIMMUN NEORAL 100 MG 50 KAPSUL(D61.3 İDİYOPATİK APLASTİK ANEMİ ve eltrombopag ile kombine kullanım için endikasyon dışı belge gerekli)	<ul style="list-style-type: none">• SUT'UN EK-4/D LİSTESİNE GÖRE ENDİKASYON UYUMU ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE
20	<ul style="list-style-type: none">• CLOGAN 75 MG 28 FTB(RAPOR AÇIKLAMASIYLA RAPOR ICD 10 KODU UYUMSUZ.ICD 10 KODUNA UYGUN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
21	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)• RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDA VERİLEN MAMA ADLARI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
22	<ul style="list-style-type: none">• VFEND 200 MG 30 FTB(Vorikonazol 200 mg tablet; nötropeni olması beklenen hematopoietik kök hücre nakli alıcısı hastalarında kullanılır. hasta kök hücre alıcısı değildir.)	<ul style="list-style-type: none">• TEDAVİ AMAÇLI MANTAR ENFEKSİYONUNDA KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE

23	<ul style="list-style-type: none">TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(SUT (Madde 4.2.24.A/9); RAPORDA BELGELENMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	<ul style="list-style-type: none">TİPATİ-B 600 MG /250 MG/1 MG 30 FİLM TABLET(Hastanın sistemde kayıtlı DM raporu ve raporsuz DM ilaç kullanımı yoktur.)	<ul style="list-style-type: none">TİOPATİ-2024-16.KOM.KALAN ;GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.

