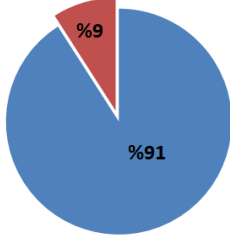


## 11.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN DOSYA SAYISI ■ 2. ÖDENMEYEN DOSYA SAYISI

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI =33

ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
3

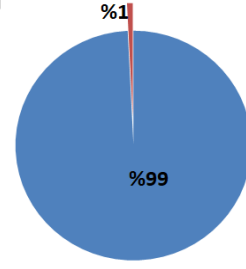


ÖDENEN DOSYA  
SAYISI  
30

## 11.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN TUTAR ■ 2. ÖDENMEYEN TUTAR

ÖDENMEYEN  
TUTAR  
12 496.04 ₺



ÖDENEN  
TUTAR  
1 588 295.96 ₺

## 28.03.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGENİN KMY SONUCU YAZMIYOR.)</li><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA ENDİKASYON EKSİK BELİRTİLMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BONVIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LETU- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>IMBRUVICA 140 MG 120 KAPSUL(ENDİKASYON DIŞI SÜRESİ(31.12.2021) BİTMİŞ,ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>IMBRUVICA; GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPORDA ÖSTROJEN RESEPTÖRÜNÜN EN AZ %10 POZİTİF OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VALAMOR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>CAPCIDERM %0,075 45 G KREM(RAPORDA OLMAYAN 412 TESHİS KODU SİSTEME GIRILMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(KMY SONUCU UYGUN DEĞİL.)</li><li>PLETAL 100 MG 60 TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR EKSİK BELİRTİLMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PROLIA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>PLETAL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

6	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)</li><li>RESOURCE PROTEİN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>HYQVIA-GÜNDE UYGULANACAKMIŞ GİBİ GİRİLMİŞ OLAN İLACIN RAPOR DOZUNA GÖRE PERİYOT 21 GÜNDE OLARAK DÜZELTİLMEK İSTENDİĞİNDE HYQVIA 10 G / 100 ML SC KULLANIM İCİN İNFUZYONLUK COZELTİ İCEREN 2 FLAKON(10 GR) İLACININ SÜRESİ DOLMAMIŞ. (REÇETE NO : 32JIZLI) SİSTEM UYARISI ÇIKMAKTADIR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HYQVIA-TÜM REÇETELERİ 21 GÜNDE 1*1 OLARAK DÜZELTİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>CORALAN 5 MG 56 FTB(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>OCTAGAM 10 G/200 ML İV İNFUZYONLUK COZELTİ(10 GR)(RAPOR DOZUNA GÖRE PERİYOT AYDA OLARAK DÜZELTİLMEK İSTENDİĞİNDE OCTAGAM 10 G/200 ML İV İNFUZYONLUK COZELTİ(10 GR) İLACININ SÜRESİ DOLMAMIŞ. (REÇETE NO : 3340UOI) SİSTEM UYARISI ÇIKMAKTADIR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BİR SONRAKİ REÇETEYLE BİRLİKTE AYDA 150 GR. KULLANILDIĞINDAN VE REÇETELERDEKİ DOZ AYDA 150 GR. ŞEKLİNDE DÜZELTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE PROTEİN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB(RAPOR SUT ŞARTLARINA UYGUN DEĞİL)</li><li>SYNAGİS 50 MG/0,5 ML İM ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN 1 FLAKON(RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EXFORGE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>SYNAGİS; RAPORA YAPILAN AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>ACTEMRA 162 MG/ 0,9 ML SC ENJ. COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR (BİYOLOJİK AJAN)(RAPORDA ENAZ BİR ANTI-TNF İLAÇ KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN HASTALIK AKTİVİTESİ KONTROL ALTINA ALINAMAMIŞTIR İFADESİ YER ALMAKTADIR ANCAK HASTANIN GEÇMİŞİ İNCELENDİĞİNDE TOSİLİZUMAB ÖNCE AN AZ BİR ANTI-TNF KULLANMADIĞI İCİN BEDELİ ÖDENMEDİ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

13	<ul style="list-style-type: none"><li>TARDEN 20 MG.30 FILM TB.(İDAME TEDAVİ DEĞİLDİR.İLACA ARA VERİLMİŞ.LDL ÖLÇÜM TARİHİ VE DEĞERİ YOK.)</li><li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>RYZODEG FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM)(RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RYZODEG; RAPORDA SIK HİPOGLİSEMİ GÖZLENDİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>ENJEKTOR 5 CC(TEDAVİ SÜRESİ 72 SAATİ GEÇMİŞTİR VE ENFEKSİYON UZ YAZMADIĞINDAN REÇETEDe KESİNTİ YAPILMIŞTIR.</li><li>DESEFIN 1 GR.IM(TEDAVİ SÜRESİ 72 SAATİ GEÇMİŞTİR VE ENFEKSİYON UZ YAZMADIĞINDAN REÇETEDe KESİNTİ YAPILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>3 GÜNLÜK DOZDA 6 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(HASTAYA İLAÇ 2021 YILINDA BAŞLANMIŞ BAŞLANGIÇ TEDAVİLERİNDE; YÜKLEME DOZLARI AÇISINDAN BEVACİZUMAB ETKİN MADDELİ İLAÇ İÇİN GÖZ HASTALIKLARI UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN 1 AY SÜRELİ TEK HEKİM RAPORU İLE GÜNÜBİRLİK TEDAVİ KAPSAMINDA GÖZ HASTALIKLARI UZMAN HEKİMLERİNCE UYGULANMASI CEVAP ALINAMAMASI DURUMUNDA EYLEA TEDAVISINE BAŞLANMASI GEREKLİDİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>XARELTO 15 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>

19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EVRENZO 70 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(ESA KULLANAN HASTADIR.İLAÇ KULLANMASI İÇİN GEÇERLİ KLİNİK NEDEN RAPORDA BELİRTİLMİYOR.AYRICA KBY İLE İLİŞKİLİ ANEMİYLE ALAKALI TANI-ICD 10 KODU RAPORDA YOK.)</li> <li>• XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(HASTANIN YÜKSEK DOZ KORTİKOSTEROİD KULLANMIŞ OLMASI GEREKLİ.ÇOCUK ALLERJİ DR ÇIKARTMIŞ.)</li> <li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME YAPILMAMIŞ.)</li> <li>• ABIRATEX 250 MG 120 TABLET(ECOG PERFORMANS SKORU 0-1 OLAN HASTADA ÖDENİR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EVRENZO ; İLAÇ RAPOR KODU 03.00 - KRONİK BOBREK HASTALIKLARI(N01-N08*)(N11)(N15-N16)(N18-N19)(N25-N29*)(D63.8*)(Q61.2)(Y83.0) OLMASI GEREKTİĞİNDEN VE RAPORA AÇIKLAMA YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li> <li>• XOLAIR ; ASTIM TEDAVİSİNDE MEDULA İLAÇ KARTINDA BELİRTİLEN UZMAN HEKİMLER RAPORU ÇIKARDIĞINDAN VE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• LUCENTIS ; 2017 YILINDA TEDAVİYE BAŞLAYAN HASTADA RAPORDA OCT DEĞERİ VE TEDAVİYE DEVAM EDİLDİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> <li>• ABIRATEX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACLABON 5MG/100 ML IV INF COZ ICEREN FLK(KMY SONUCU UYGUN DEĞİL.)</li> <li>• ATOR 20 MG.30 TB.(RAPORDA EN AZ 2 LDL ÖLÇÜM SONUCU OLMASI GEREKİYOR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACLABON-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• ATOR; LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET(METHOTREXAT İLE BİRLİKTE KULL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ORENCIA -METHOTREXAT İLE BİRLİKTE KULLANILMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JAKAVI 20 MG 56 TB(HG DÜZEYİ İYGUN DEĞİL .)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TARCEVA ROCHE 25 MG 30 FTB(ENDİKASYON DIŞI BELGEDE 6 (ALTI) AYLık DOZDA KULLANIMI UYGUNDUR. TEDAVİYE DEVAM EDİLMEK İSTENİLMESİ DURUMUNDA BAŞVURUNUZU “HTTPS://RECETEM.ENABİZ.GOV.TR” WEB SİTESİ ÜZERİNDEN YAPABİLİRSİNİZ İFADESİ OLDUĞU İÇİN BELGENİN SURESİ DOLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAPORA EKLENEN İFADEYLE GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.</li> </ul>
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTANIN İLAÇ DEĞİŞİKLİK GEREKÇELERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>

26	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(İDAME TED. DEĞİL ESKİ TAR. LDL MEVCUT)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İDAME TEDAVİ ALMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDA HASTANIN PEDIASURE PLUS MAMA 2X1 200 ML KULLANMASI UYGUNDUR YAZILI ANCAK PEDIASURE PLUS FIBER VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

