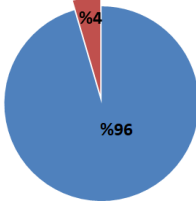


8.İTİRAZ KOMİSYONU

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

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=22

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
1

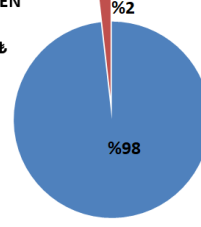


ÖDENEN DOSYA
SAYISI
21

8.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN TUTAR ■ 2. ÖDENMEYEN TUTAR

ÖDENMEYEN
TUTAR
5 513.97 ₺



ÖDENEN
TUTAR
300 609.4 ₺

29.02.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 160 MG 30 FTB(SON 6 AY İÇİNDE İLAÇ KULLANMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">FERROSEL 100 MG/5 ML IV INF İCİN KONS COZ İCEREN 5 AMP(RAPORDAKİ TEŞHİSE GÖRE ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">RAPOR TANISIYLA BİRLİKTE REÇETEDİ DİYALİZ TANISI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">VERXANT 150 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(SİKLOSPORİN, METHOTREKSAT VEYA PUVA GİBİ GELENEKSEL SİSTEMİK TEDAVİLERE YANIT VERMEYEN VEYA BU TEDAVİLERİ TOLERE EDEMİYEN YA DA BU TÜR TEDAVİLERİN KONTRENDİKE OLDUĞU HASTALARDA)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR EKSİK BELİRTİLMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">FINGYA 0,5 MG 28 KAP(BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE ARTIŞ İÇİN DETAY AÇIKLAMASI BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

6	<ul style="list-style-type: none">CAPCIDERM %0,075 45 G KREM(YALNIZCA AÇIK DERİ LEZYONLARININ İYİLEŞMESİNDEN SONRA HERPES ZOSTER ENFEKSİYONLARINA EŞLİK VEYA TAKİP EDEN NEURALJİNİN (POSTHERPETİK NEURALJİ) VEYA AĞRILI DİYABETİK PERİFERİK POLİNÖROPATİNİN SEMPTOMATİK TEDAVİSİNDE; NÖROLOJİ, BEYİN CERRAHİSİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON, ANESTEZİ VE)IBANOS 150 MG 3 FTB(T SKORU UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">CAPCIDERM- RAPORDA AĞRILI DİYABETİK PERİFERİK POLİNÖROPATİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.IBANOS ; L1-L4 SONUCU UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR(HEMOGLOBİN DEĞERİ BAŞLANGIÇ İÇİN UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">EPORON- TEDAVİYE ARA VERİLDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE HB SEVİYESİ 11-12 GR/DL'NİN ARASINA GELİNCE HASTAYA İDAME DOZDA TEDAVİYE TEKRAR BAŞLANABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">LAMERIS 800 MG 180 FTB(GÜNCEL FOSFOR DEĞERİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA-(FERRİTİN:626 NG/ML - 03/07/2023 TARİHLİ DEĞER GECERLİ DEĞİL.HEMODİYALİZ HASTALARINDA 3 AYDA BİR BAKILIR.)	<ul style="list-style-type: none">ARANESP -EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE -KOMBİNE TEDAVİDE MONOTERAPİDE SONUÇ ALINAMADIĞI DURUMLARDA KULLANILIR	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">EZETEC 10 MG 28 TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN ŞARTLAR SAĞLANMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY KAYISI AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MAMADAN FARKLI MAMA VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL(RAP.2*1 MG HASTA 1 MG. DAN İLAÇ ALMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">1 MG LİK FORM İLE BİRLİKTE RAPORDA BELİRTİLEN 2*1 MG DOZU AŞILMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">ALATAB 600 MG 30 FTB(DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR.	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

16	<ul style="list-style-type: none">ZODINASİL 5MG/100 ML IV INF İÇİN ÇÖZ İCEREN 1 FLK(KMY ÖLÇÜM SONUCUNUN TARİHİ UYGUN DEĞİLDİR.)	<ul style="list-style-type: none">ZODINASİL -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">LIPITOR 20 MG 90 TABLET(İDAME TED. DEĞİL ESKİ TAR. LDL. MEVCUT)	<ul style="list-style-type: none">TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">ENJEKTÖR 5 CC(TRELEGY KESİLİNCE SİSTEM TARAFINDAN 5CC LİK ENJEKTÖR İÇEREN İLAÇ GİRİLMEMİŞ UYARISI VERDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.)TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET(İKS+LABA+LAMA)(BAŞLANGIÇ RAPORUDUR. İDAME TEDAVİ DEĞİLDİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ ÇÖZ İCEREN AMP 1 ML 5 AMP(RECETEDEKİ PTH TARİHİ UYGUN DEĞİL.(EN FAZLA 3 AY ÖNCESİNE AİT PTH DEĞERİ İLE ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">PARICAL-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY ÇİKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORUN AÇIKLAMALAR KISMINDA DOZ 2*1,REÇETEDE 4*1)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

