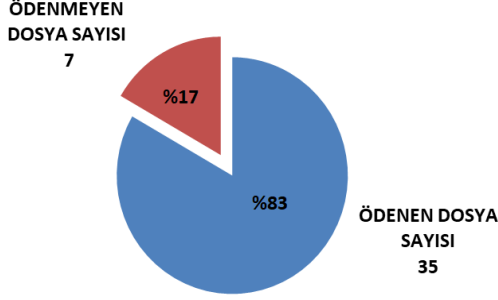


## 31.İTİRAZ KOMİSYONU

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

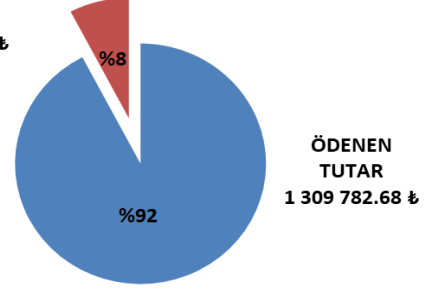
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=42



## 31.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN TUTAR ■ 2. ÖDENMEYEN TUTAR

ÖDENMEYEN TUTAR 108 909.16 ₺



## 21.12.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>FEMARA 2.5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FEMARA ;RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPOR TANISINA UYGUN AÇIKLAMA YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>THINCAL 120 MG 84 KAP(12 HAFTA SONUNDA VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5'İNİN KAYBOLMAMASI HALİNDE TEDAVİ KESİLECEĞİNDEN 4. KUTU VERİLEMEZ(5/12/2023'TE AYNI ECZ TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>THINCAL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>ROMPAG 50 MG FILM KAPLI TABLET (14 TABLET)(SUT'UN (MADDE 4.2.27.D.1) NOLU MADDESİNİN 3 NOLU BENDİNE GÖRE;TROMBOSİT SAYISININ 250.000 ÜZERİNE ÇIKMASI DURUMUNDA TEDAVİ SONLANDIRILMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>E- REÇETEDe PLT:235 BİN OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN VE TROMBOSİT SAYISININ 150.000'İ AŞMASI DURUMUNDA GÜNLÜK TEDAVİ DOZU 25 MG BASAMAKLARLA AZALTILMASI GEREKTİĞİNDEN , ANCAK DOZ AZALTILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 20 MG.30 TB.(LDL 61 ODenmez.)</li><li>WARFMADİN 5 MG TABLET (28 TABLET)RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DUZELTİLDİ.)</li><li>OKSAPAR 6000 ANTI-XA İU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(GEBE HASTA.GÜNCEL RAPOR MEDULADA SEÇİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR ; RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLDİĞİNDEN İDAME TEDAVİ DEĞİLDİR VE LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>WARFMADİN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>OKSAPAR ; GEBELİKTE KATILIM PAYLI VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

6	<ul style="list-style-type: none"><li>TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>PAXIBAN 2,5 MG FILM KAPLI TABLET (56 TABLET)(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li><li>BENVIDA 100 MG 56 FTB(EN AZ İKİ ANTİEPİLEPTİK İLACIN EN AZ 6 AY SÜREYLE TEK BAŞINA VEYA KOMBİNE KULLANIMINDAN SONRA TEDAVİYE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA EK TEDAVİ VEYA MONOTERAPİ OLARAK REÇETE EDİLEBİLİR. RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PAXIBAN-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>BENVIDA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>KOMPLIA 10 MG SERT KAPSUL (21 ADET)(HASTANIN ENDİKASYON DIŞI BELGESİNE GÖRE ÖDENMEZ.BELGE UYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KOMPLIA ; D46.9 TANISINDA ÖDEME KAYDI AÇILDIĞINDAN VE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ 31/12/2023 TARİHİNE KADAR UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(2 YAŞ ALTI BEBEKLER İÇİN YAŞA GÖRE AĞIRLIK (&lt;-2SD) OLMALIDIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI MULTI FIBRE-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>ADENURIC 120 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.)</li><li>XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ADENURIC-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>XARELTO -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>SUTENT 50 MG 14 KAPSUL(RAPORDA HASTANIN EVRESİ BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SUTENT -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 40 MG.30 TB.(L TAHLİL TARİHİNDEN SONRA İLAÇ KULLANILMADIĞI İÇİN KESİLDİ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR ; RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE HESAPLANDI).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORUN İKİNCİ PARAGRAFINDA KALORİ MİKTARI 1500KCAL/GÜN OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>

15	<ul style="list-style-type: none"><li>LYRICA 75 MG 42 KAPSUL(RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.8699532154453 BARKODLU İLAÇ AYAKTAN RAPORSUZ (VEYA UYUMSUZ RAPOR) İLE ÖDENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>POMALEM 3 MG SERT KAPSUL (21 SERT KAPSUL)(OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLINE UYGUN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.3 ÜNCÜ KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT, 6 NCI KÜR SONUNDA VE DEVAM EDEN HER 6 KÜR SONUNDA İSE EN AZ KISMİ YANIT OLDUĞUNUN BELİRTİLMESİ DE GEREKLİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>POMALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
17	<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>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ VE DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)</li><li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(ENDİKASYON DIŞI KULLANIM BELGESİNİN SÜRESİ DOLMUŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BONVIVA - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>VALAMOR; TİTCK NIN DUYURUSUNA GÖRE İZİN BELGELERİ 31/12/2023 TARİHİNE KADAR UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>JUDEXA 0,5 MG 28 KAP(BİRBİRİNİ TAKİP EDENMRG LERDE LEZYON YÜKÜNDE ARTIŞ İÇİN DETAY AÇIKLANMAMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>JUDEXA - BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE ARTIŞ RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLK(10 GR)(ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTA OLUP ŞİDDETLİ VEYA TEKRARLAYAN ENFEKSİYONLAR GELİŞEN, ANTİMİKROBİYAL TEDAVİNİN YETERSİZ KALDIĞI VE KANITLANMIŞ SPESİFİK ANTİKOR YETMEZLİĞİ (SAE)* OLAN YA DA SERUM IGG DÜZEYİ&lt;4 G/L OLAN HASTALARDA SEKONDER İMMÜN YETMEZLİKLERDE (SİY) KULLANILIR. HASTADA BU DURUM MEVCUTSA RAPORDA DETAYLANDIRILMALIDIR. GEREKÇESİYLE İADE EDİLMİŞ, GEREKLİ DÜZELTME YAPTIRILMAMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KIOVIG; RAPORDAKİ TANI VE E-REÇETEDEKİ PRİMER İMMÜN YETMEZLİK AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

21	<ul style="list-style-type: none"><li>• NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI HASTADA HANGİ DURUMVEYA DURUMLARIN OLUP OLMADIĞINI BELİRTMİYOR.)</li><li>• PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP(RAPOR FOSFOR DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NUTRISON-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• PARICAL-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİME.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>• JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET(RAPORDA İLACA UYGUN AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• JARDIANCE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>• TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(RAPOR TRAJENTA TB İÇİN SUT A UYGUN DEĞİL)</li><li>• FORZIGA 10 MG 28 FTB(RAPOR SUT AUYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TRAJENTA - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• FORZIGA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
24	<ul style="list-style-type: none"><li>• RIVELIME 20 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(IADE DUZELTILMEDI.( SUT (MADDE 4.2.14-C/3-N-1) HASTADA HANGİ DURUM MEVCUT ISE RAPORDA BELGELENECEK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>• PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(SİSTEME GİRİLEN RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİLDİR.DİĞER RAPOR GİRİLMİŞTİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PEDIASURE PLUS; RAPOR TARİHİ 11/10/2019 TARİHİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>• LEUCOSTIM 15 MIU SC/IV KULL HAZIR 5 ENJ(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU İÇİN YETERLİ AÇIKLAMA YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPAMUNE SOLUSYON 60 ML.(ENDİKASYON DIŞI KULLANIM BELGESİNİN SÜRESİ DOLMUŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPAMUNE; 04/04/2020 TARİHLİ S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNİN SÜRESİ DOLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>• COPELLOR 80 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (3 KALEM)(BAŞLANGIÇ PASI DEĞERİNE GÖRE RAPORLARDA %75 İYİLEŞME GÖRÜNÜMÜYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• COPELLOR -11/12/2019 TARİHLİ BAŞLANGIÇ RAPORUNA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIFECEK SMART TD-4360 KAN SEKER OLCUM STRİBİ(HASTANIN RAPORUNDAKİ STRİP DOZU GÜNDE 2*1 FAKAT REÇETEYE GÜNDE 4*1 GİRİLMİŞTİR. RAPORA UYGUN OLARAK REÇETEDEKİ DOZ GÜNDE 2*1 ŞEKLİNDE DEĞİŞTİRİLİNCE SİSTEM 6 KUTU STRİP'DEN 3 KUTUYU KESMİŞTİR.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIFECHECK SMART; GÜNCEL RAPORDA DOZ 2*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

30	<ul style="list-style-type: none"><li>CRESTOR 20 MG.28 TABLET(LDL DEĞERİ GÜNCELLENMEDEN BELİRTİLMEYEN TEDAVİYE BAŞLANAMIŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CRESTOR; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(O26.2 ICD-10 KODU İLE ÖDENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>OKSAPAR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye (Z33) GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
32	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI 190 ML (286 KCAL)(RAPORDA RESOURCE JUNIOR MAMA YAZILI OLDUĞU HALDE RESOURCE JUNIOR FIBRE MAMA VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
33	<ul style="list-style-type: none"><li>ALATAB 600 MG 30 FTB(SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA) (RAPOR DOZU 4*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VENTOLIN INHALER; 2023-23. KALAN ; DOZ İLE İLGİLİ GELEN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
35	<ul style="list-style-type: none"><li>NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML. 100 U-ML (HASTANIN 26/04/2022 TARİHLİ RAPORDA NOVOMIX DOZU 2*30 IU OLARAK YENİDEN DÜZENLENMİŞ ANCAK 2019 YILINDAKİ RAPORDA YAZILI OLAN DOZA GÖRE VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>NOVOMIX-2023-26. KOM. KALAN; DOZ İLE İLGİLİ GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

