

لیست انسولینهای قلمی مشمول صدور حواله الکترونیک

نام بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کدژنریک	سقف ماهانه	سقف سالانه
دیابت	۱	INSULIN GLARGINE 100 [iU]/1mL 3MILLILITER-(LANTUS)	7338	7	84
	۲	INSULIN ASPART 100 [iU]/1mL 3MILLILITER-(NOVORAPID)	20306	7	84
	۳	INSULIN ASPART 100 [iU]/1mL 3MILLILITER-(NOVOMIX)	50575	7	84
	۴	LIRAGLUTIDE 6 mg/1mL 3MILLILITER-(VICTOZA)	22666	7	84
	۵	LIRAGLUTIDE 6 mg/1mL 3MILLILITER-(SAXENDA)	22666	7	84
	۶	INSULIN DETEMIR 100 [iU]/1mL 3MILLILITER-(LEVEMIR)	12837	7	84
	۷	INSULIN GLARGINE 300 [iU]/1mL 1.5MILLILITER-(TOUJEO SOLOSTAR)	12597	7	84
	۸	INSULIN GLULISINE 100 [iU]/1mL 3MILLILITER-(APIDRA SOLOSTAR)	50107	7	84
	۹	INSULIN LISPRO INJECTION PARENTERAL 100 [iU]/1mL 10MILLILITER(HUMALOG )	8646	7	84
	۱۰	INSULIN GLARGINE INJECTION PARENTERAL 100 [iU]/1mL 3MILLILITER(ABASAGLAR)	7338	7	84
	۱۱	INSULIN GLARGINE INJECTION PARENTERAL 100 [iU]/1mL 3MILLILITER(BASALIN)	7338	7	84
	۱۲	INSULIN BIPHASIC LISPRO 25/75 INJECTION, SUSPENSION PARENTERAL 100 [iU]/1mL 3MILLILITER(HUMALOG MIX25)	52206	7	84
	۱۳	INSULIN BIPHASIC LISPRO 50/50 INJECTION, SUSPENSION PARENTERAL 100 [iU]/1mL 3MILLILITER(HUMALOG MIX25)	52207	7	84

لیست داروهای بیماران ام اس مشمول صدور حواله الکترونیک

نوع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کد ژنریک	سقف ماهانه	سقف سالانه
MS	1	Dimethyl Fumarat 240mg-(DIPHOSEL)	22926	60	730
	2	Dimethyl Fumarat 240mg-(TECFIDERA)	22926	60	730
	3	Dimethyl Fumarat 240mg-(TECZIFUMA)	22926	60	730
	4	Dimethyl Fumarat 240mg-(ZADIVA)	22926	60	730
	5	Dimethyl Fumarat 240mg-(CINNOTEK)	22926	60	730
	6	Dimethyl Fumarat 120mg-(DIPHOSEL)	22925	60	60
	7	Dimethyl Fumarat 120mg-(TECFIDERA)	22925	60	60
	8	Dimethyl Fumarat 120mg-(TECZIFUMA)	22925	60	60
	9	Dimethyl Fumarat 120mg-(ZADIVA)	22925	60	60
	10	Dimethyl Fumarat 120mg-(CINNOTEK)	22925	60	60
	11	Fingolimod 0.5mg	18099	30	365
	12	Fingolimod 0.5mg-(FINGOLID)	18099	30	365
	13	Fingolimod 0.5mg-(FINGOLID)	18099	30	365
	14	Fingolimod 0.5mg-(DANELVIN)	18099	30	365
	15	Fingolimod 0.5mg-(MARELA)	18099	30	365
	16	Fingolimod 0.5mg-(NORABEX)	18099	30	365
	17	Glatiramer Acetate 40mg	23125	13	156
	18	Glatiramer Acetate 40mg-(GLATZI)	23125	13	156
	19	Glatiramer Acetate 40mg-(OSVIMER)	23125	13	156
	20	Glatiramer Acetate 40mg-(ACTIRAMER)	23125	13	156
	21	Glatiramer Acetate 40mg-(CASPIRAMER)	23125	13	156
	22	Glatiramer Acetate 40mg-(GLAXIR)	23125	13	156
	23	Glatiramer Acetate 20mg	10683	13	156
	24	Glatiramer Acetate 20mg-(GLATZI)	10683	13	156
	25	Glatiramer Acetate 20mg-(OSVIMER)	10683	13	156
	26	Glatiramer Acetate 20mg-(ACTIRAMER)	10683	13	156
	27	Glatiramer Acetate 20mg-(CASPIRAMER)	10683	13	156
	28	Glatiramer Acetate 20mg-(GLAXIR)	10683	13	156
	29	Glatiramer Acetate 20mg-(COPEMER)	10683	13	156
	30	Glatiramer Acetate 20mg-(CINNOMER)	10683	13	156
	31	Interferon Beta 1B-(BETA FERON)	12560	15	182
	32	Interferon Beta 1B-(ZIFERON)	2668	15	182
	33	Interferon Beta 1B-(ACTOFERON)	2668	15	182
	34	Interferon Beta 1A-(REBIF)	2666	13	156
	35	Interferon Beta 1A-(RECIGEN)	2666	13	156
	36	Interferon Beta 1A-(AVONEX)	51988	4	52
	37	Interferon Beta 1A-(ACTOVEX)	2667	4	52
	38	Interferon Beta 1A-(CINNOVEX)	2667	4	52
	39	NATALIZUMAB 20MG/ML	12534	1	13
	40	NATALIZUMAB 20MG/ML-(TYSABRI)	12534	1	13
	41	Rituximab 500	2474	ماه اول 4 عدد سپس هر سه ماه 2 ویال	10
	42	Teriflunomide 14	22698	30	365
	43	Teriflunomide 14mg-(GIOMIDE)	22698	30	365
	44	Teriflunomide 14mg-(TRIGIO)	22698	30	365
	45	Teriflunomide 14mg-(TEBAZIO)	22698	30	365
	46	Teriflunomide 14mg-(AUBAGIO)	22698	30	365
	47	Alemtuzumab	51060	5	5
	48	Alemtuzumab-(LEMTRADA)	51060	5	5
	49	Ocrelizumab	52172	ماه اول ۲ ویال سپس هر نیمسال ۲ ویال	6
	50	Ocrelizumab-(OCREVUS)	52172	ماه اول ۲ ویال سپس هر نیمسال ۲ ویال	6
	51	Mitoxantrone	859	هر سه ماه یک ویال تا حداکثر ۳ سال	4

توجه :

۱. صدور حواله داروی **Ocrelizumab** منوط به تایید کمیته ام اس دانشگاه و بارگذاری تصویر آن در پرونده بیمار می باشد.
۲. صدور حواله داروی **Alemtuzumab** منوط به تایید کمیته ام اس وزارت و بارگذاری تصویر آن در پرونده بیمار می باشد.

لیست داروهای تالاسمی مشمول صدور حواله الکترونیک

نوع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کد ژنریک	سقف ماهانه	سقف سالانه
تالاسمی	1	DEFERASIROX 90 mg-(NANOJADE )	51953	120	1440
	2	DEFERASIROX 90 mg-(AVISIROX)	51953	120	1440
	3	DEFERASIROX 90 mg-(NUSVERAL)	51953	120	1440
	4	DEFERASIROX 90 mg-(JADENU)	51953	120	1440
	5	DEFERASIROX 180 mg-(AVISIROX)	51954	120	1440
	6	DEFERASIROX 180 mg-(NANOJADE)	51954	120	1440
	7	DEFERASIROX 180 mg-(NUSVERAL)	51954	120	1440
	8	DEFERASIROX 180 mg-(JADENU)	51954	120	1440
	9	DEFERASIROX 180 mg-(DEFERAZEX)	51954	120	1440
	10	DEFERASIROX 360 mg-(NANOJADE)	51955	120	1440
	11	DEFERASIROX 360 mg-(AVISIROX)	51955	120	1440
	12	DEFERASIROX 360 mg-(NUSVERAL)	51955	120	1440
	13	DEFERASIROX 360 mg-(DEFERAZEX)	51955	120	1440
	14	DEFERASIROX 360 mg-(JADENU)	51955	120	1440
	15	DEFERASIROX 125 mg-(ELIRON)	7054	120	1440
	16	DEFERASIROX 125 mg-(OSVERAL)	7054	120	1440
	17	DEFERASIROX 125 mg-(AVISIROX)	7054	120	1440
	18	DEFERASIROX 125 mg-(JADENU)	7054	120	1440
	19	DEFERASIROX 250 mg-(AVISIROX)	6659	120	1440
	20	DEFERASIROX 250 mg-(OSVERAL)	6659	120	1440
	21	DEFERASIROX 250 mg-(EXJADE)	6659	120	1440
	22	DEFERASIROX 500 mg-(EXJADE)	8997	120	1440
	23	DEFERASIROX 500 mg-(AVISIROX )	8997	120	1440
	24	DEFERASIROX 500 mg-(OSVERAL)	8997	120	1440
	25	DEFERASIROX 500 mg-(ELIRON)	8997	120	1440
	26	HYDROXYUREA-(CYTODROX)**	648	**	**
	27	HYDROXYUREA-(GLOUREA)**	648	**	**
	28	DEFEROXAMINE 2g-(DESFONAK)	1956	120	1440
	29	DEFEROXAMINE 500 mg-(DESFERAL)	386	120	1440
	30	DEFEROXAMINE 500 mg-(DESFONAK)	386	120	1440
	31	DEFERIPRONE 500 mg-(L1)-(AVIDEFERONE) DELAYED قرص روکش دار RELEASE	17853	300	3600
	32	DEFERIPRONE 500 mg-(L1)-(AVIDEFERONE) قرص جوشان EFFERVESCENT	50438	300	3600

\*\* سقف مجاز ماهانه/سالانه داروی هیدروکسی اوره (کد ژنریک ۶۴۸) به تفکیک بیماری:

سقف سالانه	سقف ماهانه	زیرگروه بیماری تالاسمی
۱۰۸۰ عدد	۹۰ عدد	سیکل سل
۵۴۰ عدد	۴۵ عدد	سایر زیرگروههای بیماری تالاسمی

لیست داروهای بیماران پیوند اعضا مشمول صدور حواله الکترونیک

نوع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کد ژنریک	سقف ماهانه	سقف سالانه
پیوند اعضا	1	Antithymocyte Immunoglobulin 25mg-(ATG)	2371	30	30
	2	Mycophenolate Acid 360mg	11607	300	3600
	3	Mycophenolate Acid 360mg-(MYFORTIC)	11607	300	3600
	4	Mycophenolate Mofetil 250mg	1755	300	3600
	5	Mycophenolate Mofetil 250mg -(CELLCEPT)	1755	300	3600
	6	Mycophenolate Mofetil 500mg	1753	300	3600
	7	Mycophenolate Mofetil 500mg-(CELLCEPT)	1753	300	3600
	8	Mycophenolate Mofetil 500mg-(CITOGAN)	1753	300	3600
	9	Mycophenolate Mofetil 500mg-(SUPRIMON)	1753	300	3600
	10	MYCOPHENOLATE MOFETIL POWDER, FOR SUSPENSION ORAL 1 g/5mL-(CELLCEPT)	50710	30	30
	11	Tacrolimus 0.5mg	5804	300	3600
	12	Tacrolimus 1mg	2083	300	3600
	13	Tacrolimus 0.5mg-(PROGRAF)	5804	300	3600
	14	Tacrolimus 1mg-(PROGRAF)	2083	300	3600
	15	Tacrolimus 0.5mg-(SUPROTAC)	5804	300	3600
	16	Tacrolimus 1mg-(PROGRAF)	2083	300	3600
	17	Tacrolimus 0.5mg-(COGRAFT)	5804	300	3600
	18	Tacrolimus 1mg-(COGRAFT)	2083	300	3600
	19	Sirolimus	4022	300	3600
	20	Sirolimus-(RAPAMUNE)	4022	300	3600
	21	Everolimus 0.25mg	20048	300	3600
	22	Everolimus 0.25mg-(CERTICAN)	20048	300	3600
	23	Everolimus 0.75mg	20050	300	3600
	24	Everolimus 0.75mg-(CERTICAN)	20050	300	3600
	25	Everolimus 0.75mg-(AFINITOR)	20050	300	3600
	26	Everolimus 5mg	16682	300	3600
	27	Everolimus 5mg-(AFINITOR)	16682	300	3600
	28	Everolimus 10mg	17253	300	3600
	29	Everolimus 10mg-(AFINITOR)	17253	300	3600
	30	Ganciclovir 500mg	581	30	30
	31	Ganciclovir 500mg(CYMEVENE)	581	30	30
	32	Valganciclovir 450mg	4768	300	3600
	33	Valganciclovir 450mg-(VALCYTE)	4768	300	3600
	34	Valganciclovir 50mg/1ml 12gr oral	50776	15	15
	35	Valganciclovir 50mg/1ml 12gr oral-(VALCYTE)	50776	15	15
	36	Fibrinogen 1gr	532	30	30
	37	Fibrinogen 1gr(HAEMOCOMPLETTAN P)	532	30	30
	38	Ciclosporin 25mg	288	300	3600
	39	Ciclosporin 25mg(SANDIMUN NEORAL)	288	300	3600
	40	Ciclosporin 25mg-(IMINORAL)	288	300	3600
	41	Ciclosporin 50mg	1758	300	3600
	42	Ciclosporin 50mg(SANDIMUN NEORAL)	1758	300	3600
	43	Ciclosporin 50mg-(IMINORAL)	1758	300	3600
	44	Ciclosporin 100mg(SANDIMUN NEORAL)	287	300	3600
	45	Ciclosporin 100mg-(IMINORAL)	287	300	3600
	46	Ciclosporin 100mg/1ml 50ml(SANDIMUN NEORAL)	289	30	30
	47	Ciclosporin 50mg/1ml 50ml(SANDIMUN NEORAL)	1452	30	30
	48	Rituximab 50mg	2474	30	30
	49	Rituximab 10mg	2473	30	30
	50	Bazlitumab	فعلا در فهرست دارویی درج نشده	30	30
	51	Immune Globulin 5gr	5842	30	30

لیست داروهای بیماران ام پی اس مشمول صدور حواله الکترونیک

نوع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کدژنریک	کد بیمه تامین اجتماعی	کد بیمه سلامت	کد بیمه نیروهای مسلح	سقف ماهانه	سقف سالانه
MPS	۱	ELOSULFASE ALFA 1 mg/1mL 5MILLILITER-(Vimizim)	25308	25308	25308	25308	40	480
	۲	LARONIDASE 1 mg/1mL 0.58MILLILITER-(Aldurazyme)	6353	6353	6353	06354--6353	40	480
	۳	GALSULFASE 1 mg/1mL-(Naglazyme)	12550	12550	12550	12551--12550	40	480

لیست داروهای بیماران هموفیلی مشمول صدور حواله الکترونیک

توع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کد ژنریک	سقف ماهانه	سقف سالانه
فاکتور هفت	1	PROTHROMBIN COMPLEX 1000 [iU]	1737	40	480
	2	FACTOR VIII(8) 250[iU]-(HAEMOCTIN)	13238	40	480
	3	FACTOR VIII(8) 250 [iU]-(GREEN VIII)	13238	40	480
	4	FACTOR VIII(8) 250 [iU]-(XYNTHA)	13238	40	480
	5	FACTOR VIII(8) 250 [iU]-( BERIATE P)	13238	40	480
	6	FACTOR VIII(8) 250 [iU]-(OCTANATE)	13238	40	480
	7	FACTOR VIII(8) 250 [iU]-( HEMOFIL-M)	13238	40	480
	8	FACTOR VIII(8) 250 [iU]-( NOVOEIGHT)	13238	40	480
	9	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-(OCTANATE)	12544	40	480
	10	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-(GREEN VIII)	12544	40	480
	11	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-(HAEMOCTIN)	12544	40	480
	12	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-(XYNTHA)	12544	40	480
	13	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-( NOVOEIGHT)	12544	40	480
	14	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-( BERIATE P)	12544	40	480
	15	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-( SAFACTO)	12544	40	480
	16	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-( HEMOFIL-M)	12544	40	480
	17	FACTOR VIII(8) 500 [iU]-( IMMUNATE)	12544	40	480
	18	FACTOR VIII(8) 1000 [iU]-(OCTANATE)	5728	40	480
	19	FACTOR VIII(8) 1000 [iU]-(HAEMOCTIN)	5728	40	480
	20	FACTOR IX(9) 1000 [iU]-(NOVOEIGHT)	5728	40	480
	21	FACTOR IX(9) 500 [iU]-(HAEMONINE)	93	40	480
	22	FACTOR IX(9) 500 [iU]-(OCTANINE F )	93	40	480
	23	FACTOR IX(9) 500 [iU]-(AIMAFIX)	93	40	480
	24	FACTOR VIIA(7) 1 mg-(ARYOSEVEN RT)	14456	60	720
	25	FACTOR VIII(8) / VON WILLEBRAND FACTOR 500 [iU]/1200 [iU]-(HAEMATE P)	9563	40	480
	26	FACTOR VIII(8) / VON WILLEBRAND FACTOR 250 [iU]/600 [iU]-(HAEMATE P)	12423	40	480
	27	FACTOR VIII(8) / VON WILLEBRAND FACTOR 500 [iU]-(WILATE)	51012	40	480
	28	FACTOR VIII(8) / VON WILLEBRAND FACTOR 250 [iU]-(FIBROGAMMIN)	14664	40	480
	29	Fibrinogen	532	4	48
	30	PROTHROMBIN COMPLEX 500 [iU]-(FEIBA)	19	40	480
	31	FACTOR VIIA(7) 2.4 mg-(ARYOSEVEN RT)	94	60	720
	32	FACTOR VIIA(7) 4.8 mg-(ARYOSEVEN RT)	95	60	720
	33	FACTOR VIIA(7) 1.2 mg-(ARYOSEVEN RT)	2682	60	720
	34	FACTOR VIII(8) / VON WILLEBRAND FACTOR 1000 [iU]/1000 [iU]-(WILATE)	22419	40	480
	35	FACTOR XIII(13)	14664	4	48

فاکتور هفت: (VII)

فاکتور هشت: (VIII)

فاکتور نه: (IX)

فاکتور سیزده: (XIII)

لیست داروهای PID (نقص ایمنی اولیه) مشمول صدور حواله الکترونیک

نوع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کدژنریک	سقف ماهانه		سقف سالانه	
PID	1	Interferon Gamma-1B	686	15		180	
	2	Immune Globulin 5gr-(IVIG)	5842	تجویز هر ۳ هفته	تجویز هر ماه	تجویز هر ۳ هفته	تجویز هر ماه
				10	20	120	240
	3	G-CSF(Filgrastim)	50330-5152	30		360	
	4	PEG- GCSF (PEGFilgrastim)	51936-18972	6		72	
5	C1-Estrase Inhibitor Plasma Derived	51182	بدون سقف		بدون سقف		

لیست داروهای CF مشمول صدور حواله الکترونیک

نوع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کدژنریک	سقف ماهانه	سقف سالانه
CF	1	Influenza Vaccine	5966	0	1
	2	PNEUMOCOCCAL VACCINE 13 INJECTION PARENTERAL 1 {dose}/0.5mL	18819	0	هر ۵ سال
	3	PNEUMOCOCCAL VACCINE 23 INJECTION PARENTERAL 1 {dose}/0.5mL	52215	0	هر ۵ سال
	4	PANCREATIN CAPSULE ORAL 25000 [iU]-CREON	12312	210	2520
	5	PANCREATIN CAPSULE ORAL 25000 [iU]	944	210	2520
	6	SODIUM CHLORIDE SOLUTION RESPIRATORY 7 % 4 mL	52378	120	1440
	7	TOBRAMYCIN INHALANT RESPIRATORY 60 mg/1mL	51698	240	1440
	8	TOBRAMYCIN SOLUTION RESPIRATORY 75 mg/1mL 4 mL	16775	60	360
	9	URSODEOXYCHOLIC ACID CAPSULE ORAL 250 mg	1736	30	360
	10	URSODEOXYCHOLIC ACID CAPSULE ORAL 300 mg	2497	30	360
	11	PANCREATIN CAPSULE ORAL 10000 [iU]-CREON	50404	525	6300



لیست داروهای متابولیک مشمول صدور حواله الکترونیک

نوع بیماری	ردیف	نام متداول دارو	کد ژنریک	سقف ماهانه	سقف سالانه
گوشه (Gaucher)	1	IMIGLUCERASE INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 400iU ( CEREZYME)	13536	25	300
	2	IMIGLUCERASE INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 200iU ( CEREZYME)	2080	50	600
	3	IMIGLUCERASE INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 400iU ( ABCERTIN)	13536	25	300
	4	IMIGLUCERASE INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 200iU ( ABCERTIN)	2080	50	600
پمپه (Pompe)		ALGLUCOSIDASE ALFA INJECTION, POWDER, FOR SOLUTION PARENTERAL 50 mg (MYOZYME)	12292	60	720
نیمن پیک (Niemann-Pick)		MIGLUSTAT CAPSULE ORAL 100 mg(MIGLUSTAT DIPHARMA)	51893	90	1080
		MIGLUSTAT CAPSULE ORAL 100 mg	51893	90	1080