

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
1		17	ACITRETIN 10MG CAP		20000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	2732			NEOTIGASON® 10MG CAP	24000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
2		18	ACITRETIN 25MG CAP		40000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	2734			NEOTIGASON® 25MG CAP	50000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
3		27	ALBUMIN (HUMAN) 20% 50ML VIAL		1438000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
4		14115	AMINO ACID 10% 250ML INF		315500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	14117			AMINOVEN INFANT® 10% 250ML INJ	315500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
5		56	AMINO ACID 10% 500 ML INFU		280000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	2717			AMINOPLASMAL® 10% 0.5L INF	280000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	5553			AMINOVEN® 10% 500ML GLASS BOTTLE	280000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
6		57	AMINO ACID 5% 500 ML INFU		200000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	2810			AMINOPLASMAL® 5% 0.5L INF	210000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	5552			AMINOVEN® 5% 500ML GLASS BOTTLE	200000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
7		79	AMPHOTERICIN-B 50MG/20ML VIAL		300000	عادی (پایه ۷۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	
	3503			FUNGIZONE® 50MG VIAL	300000	عادی (پایه ۷۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمارستانی	لازم التاید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
8		1099	ANTI- D IMMUNE GLOBULIN 300 MCG INJ		1300000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	2631			WINRHO® 300MCG AMP	1300000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	2819			RHOGAM® 300MCG/1ML PREFILLED SYRINGE	1500000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	9944			IMMUNO RHO® 300MCG/2ML AMP	1500000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	11974			RHOPHYLAC® 300MCG 2ML AMP	1700000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	21262			IMMUNO RHO® 300MCG/2ML PREFILLED	1500000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
9		100	ANTITHYMOCYTE IMMUNOGLOBULIN 250MG/5ML		6000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6844			ATGAM® 250MG/5ML AMP	6000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
10		2371	ANTITHYMOCYTE IMMUNOGLOBULIN 25MG/ML AMP		6734000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	7664			THYMO® 25MG VIAL	6734000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
11		18986	APREPITANT 125/80/80MG CAP		600000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	20381			ABITANT® 125/80/80MG CAP	700000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانتیز های کمتر به این
	12017			EMEND® 125/80/80MG TAB	2400000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانتیز های کمتر به این
12		1861	APROTININ 100,000IU/10ML AMP		179500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2694			GORDOX® 100000IU/10ML AMP	179500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
13		113	ASPARAGINASE 10,000U VIAL		1460000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	9666			LEUNASE® 10000U VIAL	1700000	عادی (پایه ۹۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	15286			KIDROLASE® 10000IU INJ	1460000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
14		1402	BCG INTRAVESICAL VIAL		1000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
15		16889	BERACTANT 100MG/4ML VIAL		7982000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	16890			SURVANTA® 100MG/4ML VIAL	7982000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
16		2372	BERACTANT 200MG/8ML INTRATRACHEAL INJ		8000000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	4659			SURVANTA® 200MG/8ML VIAL	10000000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
17		170	BLEOMYCIN SULFATE 15MG VIAL		600000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19399			BLEOCEL® 15IU VIAL	683500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19681			BLEOSOL® 15IU VIAL	600000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
18		4254	BOVACTANT 50MG/1.2ML AMP		8000000	عادی (پایه ۷۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	16095			ALVEOFACT® 50MG/1.2ML VIAL	8995500	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
19		185	BUSERELIN ACETATE 5.5MG/5.5ML VIAL		350000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
	3604			SUPREFACT® 5.5MG/5.5ML VIAL	806000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
20		186	BUSULFAN 2MG TAB		2100	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3165			MYRAN® 2MG TAB	2100	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
21		6700	BUSULFAN 6MG/ML AMP		9000000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	بیمارستانی +متخصص	می باشد	
	13256			BUSILVEX® 6MG/ML 10ML INJ	9000000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	بیمارستانی +متخصص	می باشد	
22		16766	CALCIUM FOLINATE 100MG VIAL		210000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
23		11889	CALCIUM FOLINATE 10MG/ML 5ML AMP		326500	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
24		738	CALCIUM FOLINATE 15MG TAB		7500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
25		9572	CALCIUM FOLINATE 200MG/20ML VIAL		800000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
26		736	CALCIUM FOLINATE 30MG/3ML AMP		57300	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
27		2493	CAPECITABINE 500MG TAB		67000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	3379			XELODA LACQUERED® 500MG TAB	152500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این دارو
	12031			OSLODA® 500MG TAB	67000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این دارو
28		214	CARBOPLATIN 150MG VIAL		610000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
29		215	CARBOPLATIN 50MG VIAL		390000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
30		6757	CASPOFUNGIN 50MG 10ML VIAL		10000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6252			CANCIDAS® 50MG 10ML VIAL	10000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
31		15691	CETUXIMAB 5MG/ML 20ML VIAL		9500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	15692			ERBITUX® 5MG/ML 20ML VIAL	9500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
32		262	CHLORAMBUCIL 2MG TAB		47000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3630			LEUKERAN® 2MG TAB	47000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
33		284	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) 1500 U VIAL		44500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
34		285	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) 500 U VIAL		20000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
35		286	CHORIONIC GONADOTROPHIN (HUMAN) 5000 U VIAL		150000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
	7710			CHORIOMON® 5000IU VIAL	219000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	
	19929			KARMA HCG® 5000IU VIAL	226000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	
	21310			PREGNYL® 5000IU VIAL	360000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	
36		6815	CICLOSPORIN 0.05% OPH DROP		15000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	13063			LACROSPORIN® 0.05% OPH DROP	15000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
37		6685	CICLOSPORIN 250MG/5ML AMP		412800	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	قیمت اعلامی وزارت بهداشت ۹۳	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	6687			SANDIMMUN NEORAL® 250MG/5ML AMP	412800	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	می باشد	
	11497			SANDIMMUN LIAM® 250MG/5ML AMP	830000	عادی (پایه ۸۵ %)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این دارو
38		1452	CICLOSPORIN 50MG/1ML AMP		174000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	می باشد	
	11496			SANDIMMUN LIAM® 50MG/ML AMP	174000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	می باشد	
39		289	CICLOSPORIN 100MG/ML 50ML ORAL SOL		6463000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	می باشد	
	4615			SANDIMMUN NEORAL® 10% 50ML SOLUTION	6463000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	می باشد	
40		8066	CINACALCET 30MG TAB		340000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	8067			MIMPARA® 30MG TAB	340000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
41		302	CISPLATIN 0.5MG/ML 100ML INF		300000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
42		301	CISPLATIN 0.5MG/ML 20ML INF		90000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
43		2377	CLADRIBINE 10MG/5ML VIAL		13000000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	8676			LITAK® 10MG/5ML AMP	13000000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
44		368	CYCLOPHOSPHAMIDE 200MG VIAL		41700	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	2957			ENDOXAN® 200MG VIAL	100000	عادی (پایه ۸۵ %)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
45		370	CYCLOPHOSPHAMIDE 500MG VIAL		219000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	قیمت اعلامی وزارت بهداشت ۹۳	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	2956			ENDOXAN® 500MG VIAL	219000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
46		375	CYTARABINE 100MG/5ML VIAL		82000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	8714			ALEXAN® 100MG VIAL	82000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	9178			CYTOSAR® 100MG VIAL	180000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
47		1454	CYTARABINE 1G VIAL		540000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6388			CYTOSAR® 1G/10ML VIAL	758000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
48		376	DACARBAZINE 100MG VIAL		142500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	20476			DACAROL® 100MG VIAL	180000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
49		377	DACARBAZINE 200MG VIAL		207000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	20477			DACAROL® 200MG VIAL	265000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
50		378	DACTINOMYCIN 0.5MG VIAL		720000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6814			COSMEGEN® 0.5MG/3ML VIAL	720000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
51		2262	DALTEPARIN SODIUM 2500U/0.2ML SYRINGE		71500	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	2903			FRAGMIN® 2500IU 0.2ML SYRINGE	71500	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
52		2259	DALTEPARIN SODIUM 5000U/0.2ML SYRINGE		111500	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	2902			FRAGMIN® 5000IU 0.2ML SYRINGE	111500	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
53		2354	DALTEPARIN SODIUM 7500U/0.3ML SYRINGE		158000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	2904			FRAGMIN® 7500IU 0.3ML SYRINGE	158000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
54		384	DAUNORUBICIN HCL 20MG VIAL		464000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5386			DAUNOBLASTINA® 20MG VIAL	464000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	21844			DAUNOMYCIN® 20MG VIAL	464000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
55		17753	DOCETAXEL 160MG/16ML VIAL		16000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
56		1716	DOCETAXEL 20MG VIAL		1240000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2651			TAXOTERE® 20MG 0.5ML VIAL	2639500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17914			DOCETAXEL-ACTAVIS® 20MG VIAL	1850000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	10302			DOCETAX® 20MG/2ML VIAL	1240000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	18841			EBEDOCE® 20MG/2ML VIAL	2046000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17751			DOCETAXEL-HOSPIRA® 20MG VIAL	2000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21011			LG DOCETAXEL® 20MG INJ	1568000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
57		1478	DOCETAXEL 80MG VIAL		4950000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	2652			TAXOTERE® 80MG 2ML VIAL	10558500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17915			DOCETAXEL-ACTAVIS® 80MG VIAL	7000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	9982			DOCETAX® 80MG/2ML VIAL	4950000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	18840			EBEDOCE® 80MG/8ML VIAL	8282500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17752			DOCETAXEL-HOSPIRA® 80MG VIAL	8000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21012			LG DOCETAXEL® 80MG INJ	5676500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
58		473	DOXORUBICIN HCL 10MG VIAL		155500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3855			EBEDOXO® 10MG/5ML VIAL	155500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	9993			ADRIBLASTINA® 10MG VIAL	295500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17153			ADRICIN® 10 MG VIAL	175000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19379			ADRIDISIN® 10MG INJ	196500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19691			ROBOL® 10MG VIAL	182000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	20611			FARMABLASTIN® 10MG INJ	245000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
59		472	DOXORUBICIN HCL 50MG VIAL		542000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3854			EBEDOXO® 50MG/25ML VIAL	583000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	قیمت اعلامی وزارت بهداشت ۹۳	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	9994			ADRIBLASTINA® 50MG VIAL	640000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17154			ADRICIN® 50 MG VIAL	580000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19304			DOXOCELL® 50MG VIAL	542000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
60		5845	DOXORUBICIN LIPOSOMAL 20MG/10ML VIAL		3880000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	18449			SINADOXOSOME® 20MG/10ML VIAL	3880000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	20633			LIPPOD® 20MG/10ML VIAL	7019000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
61		2294	ENOXAPARIN 100MG/ML (2,000 U) 0.2ML SYRINGE		100000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	3021			CLEXANE® 100MG/ML (2,000 U) 0.2ML SYRINGE	118000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
62		2043	ENOXAPARIN 100MG/ML (4,000 U) 0.4ML SYRINGE		130000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	3022			CLEXANE® 100MG/ML (4,000 U) 0.4ML SYRINGE	179500	عادی (پایه ۸۵٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	13602			LUPENOX® 40MG/0.4ML PREFILLED SYRINGE	135500	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	16547			ENOXAN® 100MG/ML (4000 U) 0.4ML SYRINGE	140000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	16863			NOXPRIN® 40MG/0.4ML PREFILLED SYRINGE	130000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
63		2292	ENOXAPARIN 100MG/ML (6,000 U) 0.6ML SYRINGE		160000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	3023			CLEXANE® 100MG/ML (6,000 U) 0.6ML SYRINGE	256000	عادی (پایه ۸۵٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	قیمت اعلامی وزارت بهداشت ۹۳	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	6871			ENOXAN® 100MG/ML 0.6ML INJ	180000	عادی (پایه ۸۵٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	13601			LUPENOX® 60MG/0.6ML PREFILLED SYRINGE	170000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	16864			NOXPRIN® 60MG/0.6ML PREFILLED SYRINGE	170000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
64		2293	ENOXAPARIN 100MG/ML (8,000 U) 0.8ML SYRINGE		190000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	3018			CLEXANE® 100MG/ML (8,000 U) 0.8ML SYRINGE	333000	عادی (پایه ۷۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
	16865			NOXPRIN® 80MG/0.8ML PREFILLED SYRINGE	200000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
65		491	EPIRUBICIN HCL 10MG VIAL		208000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	8154			EBERUBI® 10MG/5ML VIAL	233000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	10003			FARMARUBICIN® 10MG VIAL	273000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
66		492	EPIRUBICIN HCL 50MG VIAL		900000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	8153			EBERUBI® 50MG/25ML VIAL	1189000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	10004			FARMARUBICIN® 50MG VIAL	1189000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
67		7470	EPTIFIBATIDE 2MG/ML INJ		1050000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	7472			INTEGRILIN® 2MG/ML 10ML VIAL	1050000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
68		7469	EPTIFIBATIDE 750MCG/ML INJ		2615000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	7471			INTEGRILIN® 0.75MG/ML 100ML VIAL	2615000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی متخصص	نمی باشد	
69		4965	ERYTHROPOIETIN RECOMBINANT HU 10000 IU/VIAL		462000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
70		501	ERYTHROPOIETIN RECOMBINANT HU 2000 IU/VIAL		92000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
71		4486	ERYTHROPOIETIN RECOMBINANT HU 4000 IU/VIAL		184000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
72		505	ESTRAMUSTINE SODIUM PHOSPHATE 140MG CAP		34000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4362			ESTRACYT® 140MG CAP	34000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
73		518	ETOPOSIDE 100MG/5ML AMP		125000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5419			EBEPOSID® 100MG/5ML VIAL	180000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	9435			LASTET® 100MG/5ML AMP	125000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
74		520	ETOPOSIDE 50MG CAP		114000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	9433			LASTET® 50MG CAP	114000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
75		16954	FERRIC CARBOXYMALTOSE 500MG/10ML VIAL		5000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	مدارک کمخونی ارائه شود
	16955			FERINJECT® 500MG/10ML VIAL	5000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
76		5152	FILGRASTIM(GCSF) 300MCG/ML SYRINGE		560000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5153			NEUPOGEN® 0.3MG/0.5ML SYRINGE	2300000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	18531			ZARZIO® 0.3MG/0.5ML SYRINGE	1270000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
		534	FILGRASTIM(GCSF) 300MCG/ML AMP		560000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
77	5153			TINAGRAST® 0.3MG/0.5ML SYRINGE	560000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5358			PDGRASTIM® AMP	560000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
78		18099	FINGOLIMOD 0.5MG CAP		450000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
79		542	FLUDARABINE PHOSPHATE 50MG VIAL		2597000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19741			BENDARABIN® 50MG VIAL	3516000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	12260			FLUDARABINE- ACTAVIS® 50MG VIAL	3516000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	2760			FLUDARA® 50MG VIAL	2597000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19764			FLUDALYM® 50MG INJ	3516000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
80		544	FLUMAZENIL 0.5MG/5 ML AMP		690000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	
81		14530	FLUOROURACIL 1G/20ML AMP		48000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	17200			EBEFLUORO®1000MG 20ML AMP	92000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19821			UTERAL® 1G/20ML INJ	48000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
82		550	FLUOROURACIL 250MG/5ML AMP		23000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	5415			EBEFLUORO® 250MG/5ML AMP	23000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
83		549	FLUOROURACIL 5% 20GR CREAM		350000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	4990			EFUDIX® 5% CREAM	350000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
84		14528	FLUOROURACIL 500MG/10ML AMP		42000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
85		560	FLUTAMIDE 250MG TAB		7600	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	19982			FLUTAN® 250MG TAB	30000	عادی (پایه ۷۰ %)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
86		2711	FLUTICASONE 125MCG/DOSE 120DOSE SPRAY		150000	عادی (پایه ۹۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	2580			FLOHALE® 125MCG/DOSE 120DOSE	293000	عادی (پایه ۷۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	2712			FLIXOTIDE INHALER® 125MCG/DOSE 120DOSE	490000	عادی (پایه ۷۰ %)	متخصص	نمی باشد	
87		1889	FLUTICASONE 125MCG/DOSE 60DOSE SPRAY		390000	عادی (پایه ۹۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	3249			FLIXOTIDE EVOHALER® 125MCG/DOSE 60DOSE	390000	عادی (پایه ۹۰ %)	متخصص	نمی باشد	
88		2710	FLUTICASONE 250MCG/DOSE 120DOSE SPRAY		175000	عادی (پایه ۹۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	17192			FLUTIZOX® 250MCG/DOSE 120DOSE	175000	عادی (پایه ۹۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	17709			FLIHALER® 250MCG/DOSE 120DOSE	532000	عادی (پایه ۷۰ %)	متخصص	نمی باشد	
	19970			FLOHALE® 250MCG/DOSE INHALER	509000	عادی (پایه ۷۰ %)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
89		2052	FLUTICASONE 250MCG/DOSE 60DOSE SPRAY		410000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	دو عدد و به بالا	
	2617			FLIXOTIDE INHALER® 250MCG/DOSE 60DOSE	410000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	دو عدد و به بالا	
	3250			FLIXOTIDE EVOHALER® 250MCG/DOSE 60DOSE	765500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	دو عدد و به بالا	
90		5290	FLUTICASONE 50MCG/DOSE 120DOSE 15ML NASAL SPRAY		120000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5289			FLIXONASE® 50MCG 120DOSE NASAL SPRAY	200000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	9509			NASOFLO® 50MCG 120DOSE NASAL SPRAY	261500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
91		17124	FLUTICASONE 50MCG/DOSE 200DOSE 20ML NASAL SPRAY		125000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
92		2053	FLUTICASONE 50MCG/DOSE SPRAY		100000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2618			FLIXOTIDE INHALER® 50MCG/DOSE 120DOSE	230000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3251			FLIXOTIDE EVOHALER® 50MCG/DOSE 120DOSE	458000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
93		11114	FORMOTEROL 12MCG/DOSE SOL FOR INHALATION		105000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19469			FOMOTIZOX® 12MCG/DOSE 100DOSE	105000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
94		581	GANCICLOVIR 500MG VIAL		1000000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	
	2759			CYMEVENE® 500MG 10ML VIAL	1600000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	
95		2135	GEMCITABINE HCI 1 G VIAL		1850000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	2942			GEMZAR® 1G VIAL	2540000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	18666			GEMCITABINE <EBEWE> 1000MG/100ML VIAL	2000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	14482			GEMCITABINE <HOSPIRA> 1G VIAL	1700000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17372			GEMTAZ® 1G VIAL	2400000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	18862			GEMNIL® 1G VIAL	2400000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19658			GEMKO® 1G INJ	1110000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	20897			AXIGEM® 1G VIAL	1700000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21218			GEMITA® 1G INJ	1850000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
96		2136	GEMCITABINE HCI 200MG VIAL		385000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2943			GEMZAR® 200MG VIAL	577000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	
	18667			GEMCITABINE <EBEWE> 200MG/20ML VIAL	440000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	14481			GEMCITABINE <HOSPIRA> 200MG VIAL	400000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17373			GEMTAZ® 200MG VIAL	550000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	18861			GEMNIL® 200MG VIAL	550000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19657			GEMKO® 200MG INJ	223000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائسانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	20229			CHEMOGEM® 200MG VIAL	400000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21219			GEMITA® 200MG INJ	400000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
97		10683	GLATIRAMER ACETATE 20MG/ML PREFILLED SYRINGE		525000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	17072			OSVIMER® 20MG/ML PREFILLED SYRING	525000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	17396			COPAMER® 20MG/ML SYRINGE	525000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
98		5170	GRANISETRON 1MG/1ML AMP		17500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4403			GRANIC® 1MG/1ML AMP	17500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6085			GRATRIL® 1MG/1ML AMP	17500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
99		609	GRANISETRON HCL 1MG TAB		8000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	9538			GRATRIL® 1MG TAB	185000	عادی (پایه ۵۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
100		610	GRANISETRON HCL 3MG/3ML VIAL		49000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3024			KYTRIL® 3MG/3ML AMP	350000	عادی (پایه ۵۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
101		641	HYDROCORTISONE 100MG/60ML RETENTION ENEMA		322000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	14221		HYDROCORTISONE 100MG/60ML RETENTION ENEMA	CORTENEMA® 100MG/60ML ENEMA	322000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
102		648	HYDROXYUREA 500MG CAP		4800	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	17669		HYDROXYUREA 500MG CAP	CYTODROX® 500MG CAP	4800	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
103		1538	IDARUBICIN HCl 10MG VIAL		6194500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2772		IDARUBICIN HCl 10MG VIAL	ZAVEDOS® 10MG VIAL	6194500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
104		1537	IDARUBICIN HCl 5MG VIAL		3100000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2771		IDARUBICIN HCl 5MG VIAL	ZAVEDOS® 5MG VIAL	3100000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
105		662	IFOSFAMIDE 1 G VIAL		957000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3011			HOLOXAN® 1G VIAL	971000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	17152			ISOXAN® 1 G VIAL	957000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
106		2289	IMATINIB MESYLATE 100MG CAP		65000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	نمی باشد	
	4536			IMATIB® 100MG CAP	65000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	نمی باشد	
107		4840	IMATINIB MESYLATE 100MG TAB		50000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	نمی باشد	
108		919	IMMUNE GLOBULIN 1G (IV) VIAL		1985500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
109		5843	IMMUNE GLOBULIN 2.5G INJECTION POWDER (IV) VIAL		2875000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
110		878	IMMUNE GLOBULIN 5G INJECTION POWDER (IV) VIAL		5750000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	بیمارستانی یا متخصص	نمی باشد	
111		15281	INDOCYANINE GREEN 25MG VIAL		3150500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائسانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	15282			INFRACYANINE® 25MG VIAL	3150500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
112		5831	INFLIXIMAB 100MG VIAL		12700000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5830			REMICADE® 100MG VIAL	12700000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
113		1544	INSULIN BIPHASIC ISOPHANE (70+30)U/ML 10ML VIAL		120000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
114		6695	INSULIN ASPART 100IU/ML 3ML FOR INJ		310000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	6699			NOVOMIX® FLEXPEN 100IU/ML 3ML FOR INJ	340000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
115		20306	INSULIN ASPART RAPID 100IU/ML 3ML FOR INJ		310000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	6698			NOVORAPID® FLEXPEN 100IU/ML 3ML FOR INJ	340000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
116		12597	INSULIN GLARGINE 300IU/3ML PREFILLED PEN		310000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	12598		INSULIN GLARGINE 300IU/3ML PREFILLED PEN	LANTUS SOLOSTAR®	367000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
117		12837	INSULIN DETEMIR 300IU/3ML PREFILLED PEN		280000	عادی (پایه ۹۵٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	8975		INSULIN DETEMIR 300IU/3ML PREFILLED PEN	LEVEMIR® 100IU/ML	280000	عادی (پایه ۹۵٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
118		8113	INSULIN GLULISINE 100IU/10ML PREFILLED PEN		280000	عادی (پایه ۹۵٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	8114		INSULIN GLULISINE 100IU/10ML PREFILLED PEN	APIDRA® 100IU/10ML VIAL	280000	عادی (پایه ۹۵٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
119		7338	INSULIN GLARGINE 300U/3ML CARTRIDGE		235000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	20793			RONAGINE® 300IU/3ML CARTRIDGE	235000	عادی (پایه ۹۰٪)	طبق مقررات	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
120		673	INSULIN ISOPHAN (NPH) HUMAN 1000U/10ML VIAL		120000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
121		674	INSULIN REGULAR HUMAN 1000U/10ML VIAL		120000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
122		2667	INTERFERON B 1A 30 MCG VIAL		1190000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	683			AVONEX® 30MCG VIAL	5040000	خاص (پایه ۷۰٪ - مکمل ۲۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	6775			CINNOVEX® 30MCG VIAL	1190000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)			
	16754			ACTOVEX® VIAL	1200000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
123		2666	INTERFERON B 1A 44MCG/0.5ML SYRINGE		650000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	684			REBIF® 44MCG/0.5ML SYRINGE	1680000	خاص (پایه ۷۰٪ - مکمل ۲۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	12917			RECIGEN® SYRINGE	650000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)			
	16753			ACTORIF® SYRINGE	900000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
124		2668	INTERFERON B 1B 8MIU VIAL		580000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	685			BETA FERON® 8MIU VIAL	1344000	خاص (پایه ۷۰٪ - مکمل ۲۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	16752			ACTO FERON® 8MIU VIAL	840000	خاص (پایه ۷۰٪ - مکمل ۲۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	16770			EXTAVIA® POWDER INJ	1344000	خاص (پایه ۷۰٪ - مکمل ۲۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	22143			ZIFRON® 8MIU VIAL	580000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
125		686	INTERFERON GAMMA 100MCG		1200000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
126		2088	IRINOTECAN HCL 100MG/5ML POWDER VIAL		827000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2806			CAMPTO® 100MG/5ML AMP	4800000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	9908			ERTICAN® 100MG/5ML VIAL	1273000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	18104			IRINOTECAN-EBEWE® 100MG/5ML SOLUTION	1200000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	4180			IRINOTECAN <HOSPIRA> 100MG/5ML VIAL	1200000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19625			IRINOCAM® 100MG/5ML INJ	1200000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20479			IRINOL® 100MG VIAL	1200000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
127		21460	IRINOTECAN HCL 300MG/15ML SOLUTION FOR INFUSION		6000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
128		1900	IRINOTECAN HCL 40MG/2ML POWDER VIAL		384000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
129		1570	LEUPRORELIN ACETATE 3.75MG VIAL		1650000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	17415			LORELIN DEPOT® 3.75MG VIAL	1650000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
130		17435	LEUPRORELIN ACETATE 7.5MG SYRINGE		2000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	17437			LEUPROMER® 7.5MG SYRINGE	2000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
131		1165	LIPID INFUSION 10% (SOYA OIL) INF		275000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	2981			LIPOFUNDIN® 10% 0.5L INF	275000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
132		2149	LIPID INFUSION 20% (SOYA OIL) INF		275000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
133		769	LOMUSTINE 40MG CAP		280000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
134		6854	LOTEPREDNOL ETABONATE 0.5% 5ML OPH DROP		374500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6855			LOTEMAX® 0.5% 5ML OPH DROP	374500	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
135		10786	LUTROPIN ALFA 75IU VIAL		1260000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	16921			LUVERIS® 75IU VIAL	1260000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
136		803	MELPHALAN 2MG TAB		10000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3367			ALKERAN® 2MG TAB	10000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
137		2153	MELPHALAN 50MG VIAL		1850000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6064		MELPHALAN 50MG VIAL	ALKERAN® 50MG VIAL	1850000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
138		804	MENOTROPINS 75 IU FSH+75IU LH AMP		187500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	2639			MENOPUR® 75IU AMP	550000	عادی (پایه ۵۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	2658			MENOGON® 75IU AMP	254000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	4999			MERIONAL® 75 IU VIAL	327500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	19002			KARMA HMG®75IU VIAL	254000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
139		811	MERCAPTOPURINE 50MG TAB		3600	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3552			PURINETONE® 50MG TAB	3600	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
140		11655	MESALAZINE 1000MG SUPP		73000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	10627			PENTASA® 1G SUPP	73000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
141		812	MESALAZINE 400MG TAB		2000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3622			ASACOL® 400MG TAB	9150	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	11616			BIOSACOL® 400MG TAB	3600	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
142		785	MESALAZINE 4G ENEMA		303500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4101			ASACOL® 4G/100ML ENEMA	303500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
143		2246	MESALAZINE 500MG SUPP		8200	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2939			ASACOL® 500MG SUPP	23500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	12504			COLIVA® 500MG SUPP	8200	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	20512			MECOLZINE® 500MG SUPP	22000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
144		813	MESALAZINE 500MG TAB		3500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2591			PENTASA® 500MG TAB	10000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20457			MECOLZINE® 500MG TAB.	9700	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21365			MESAFLO® 500MG TAB	6500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
145		9916	MESALAZINE 800MG TAB		2500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	9917			ASACOL® 800MG TAB	17950	عادی (پایه ۵۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
146		826	METHOTREXATE SODIUM 1000MG/10ML VIAL		1256000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
147		2388	METHOTREXATE SODIUM 10MG/ML INJ		426500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19154			EBETREXAT® 10MG/1ML PREFILLED SYRINGE	533000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19155			EBETREXAT® 15MG/1.5ML PREFILLED	700000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19156			EBETREXAT® 20MG/2ML PREFILLED SYRINGE	799500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19157			EBETREXAT® 7.5MG/0.75ML	426500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
148		824	METHOTREXATE SODIUM 2.5MG TAB		1500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5416			EBETREX® 2.5MG TAB	2250	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	9921			TREXAN® 2.5MG TAB	2000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
149		2161	METHOTREXATE SODIUM 50MG/5ML AMP		58000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5418			EBETREX® 50MG/5ML AMP	58000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
150		9431	METHOTREXATE SODIUM 5MG/2ML VIAL		61500	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
151		828	METHOTREXATE SODIUM 5MG/ML AMP		48000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5417			EBETREX® 5MG/1ML AMP	48000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
152		20627	METHYLPREDNISOLONE 1000MG POWDER FOR INJ		376500	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	در ام اس ویژه است
153		836	METHYLPREDNISOLONE SODIUM SUCCINATE 500MG VIAL		112000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	18893			MEDROLIN® 500MG VIAL	140000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20815			LISAMETHYLE® 500MG VIAL	170500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21360			METHYLSOL® 500MG FOR INJ	160000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
154		1877	MILRINONE LACTATE 10MG/10ML INJ		289000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	
	10408			PRIMACOR® 10MG/10ML ING AMP	654000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
155		858	MITOTANE 500MG TAB		280000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6345			LYSODREN® 500MG TAB	280000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
156		859	MITOXANTRONE HCL 20MG/10ML VIAL		1331500	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	5414			EBEXANTRON® 20MG/10ML VIAL	1400000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
157		928	OCTREOTIDE 0.05MG AMP		25600	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	2739			SANDOSTATIN® 0.05MG AMP	300000	عادی (پایه ۵۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
158		2391	OCTREOTIDE 20MG FOR INJ		45000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	8977			SANDOSTATIN LAR® 20MG AMP	58137000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
159		1916	OXALIPLATIN 100MG VIAL		3580000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4260			ELOXATIN® 100MG FOR INJ VIAL	5623000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	17390			RIBOXATIN® 100MG VIAL	4800000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	9658			OXALIPLATIN-EBEWE 100MG VIAL	4800000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	15969			OXALIPLATIN-STRAGEN 100MG VIAL	4800000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	13861			OXALIPLATIN-ACTAVIS 100MG VIAL	4800000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	9459			OXALIPLATIN-MAYNE 100MG VIAL	4800000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20908			ELIPLATIN® 100MG INJ	3580000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
160		1915	OXALIPLATIN 50MG VIAL		2000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4261			ELOXATIN® 50MG FOR INJ VIAL	2817500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	17389			RIBOXATIN® 50MG VIAL	2500000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20907			ELIPLATIN® 50MG INJ	2000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
161		2395	PACLITAXEL 150MG/25ML VIAL		3100000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4100			EBETAXEL® 150MG/25ML VIAL	4360000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	15382			UNITAXEL® 150MG/25ML VIAL	3980000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	18684			GENEXOL® 150MG/25ML VIAL	3760000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	13859			PACLITAXEL-ACTAVIS® 150MG/25ML VIAL	3500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	11198			PACLITAXEL <STRAGEN PHARMA> 150MG/25ML	4000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
162		4098	PACLITAXEL 300MG/50ML VIAL		5000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4097			EBETAXEL® 300MG/50ML VIAL	8000000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	18413			ARITAXEL® 300MG/50ML VIAL	8034000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19158			CHEMOTAXEL® 300MG/50ML VIAL	6200000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21224			INTAXEL® 300MG/50ML INJ	5000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	11199			PACLITAXEL <STRAGEN PHARMA> 300MG/50ML	6900000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
163		943	PACLITAXEL 30MG/5ML VIAL		609500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	2622			ANZATAX® 30MG/5ML VIAL	800000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	13858			PACLITAXEL-ACTAVIS® 30MG/5ML VIAL	800000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	11201			PACLITAXEL <STRAGEN PHARMA> 300MG/50ML	950000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	4056			EBETAXEL® 30MG/5ML VIAL	1000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	10709			GENEXOL® 30MG/5ML VIAL	950000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	15383			UNITAXEL® 30MG/5ML VIAL	988500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20275			PATAXEL® 30MG/5ML VIAL	876500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
164		2396	PACLITAXEL 6MG/ML 16.7ML VIAL		2900000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	15419			GENEXOL® 100MG/16.7ML VIAL	2960000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20160			TAKSEN® 100MG/17ML INJ	1140000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
165		1899	PAMIDRONATE DISODIUM 90MG/10ML AMP		325000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	9813			PAMIDIA® 90MG AMP	325000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	10162			PAMIDATE® 90MG/10ML AMP	325000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
166		2750	PEGINTERFERON ALPHA-2A 180MCG/1ML INJ		1330000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
167		8501	PORACTANT 240/3ML AMP		8000000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	8502			CUROSURF® 240MG/3ML VIAL	11750000	عادی (پایه ۸۵٪)	بیمارستانی متخصص	نمی باشد	
168		1650	PRIMIDONE 125MG/5ML 250ML SUSP		160000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	3407			LISKANTIN® 125MG/5ML 250ML SYRUP	370000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
169		1055	PROCARBAZINE HCL 50MG CAP		160000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5180			NATULAN® 50MG CAP	160000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
170		1891	RIBAVIRIN 200MG CAP		3700	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3127			RIBACIP® 200MG CAP	3700	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	3544			RIBABIOVIR® 200MG CAP	6000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	نمی باشد	
171		1921	RILUZOLE 50MG TAB		27000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	6589			RILUTEK® 50MG TAB	170000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	19522			RILONORM® 50MG TAB	31000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
172		2473	RITUXIMAB 100MG/10ML VIAL		4350000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	2479			MABTHERA® 100MG/10ML VIAL	8900000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	22586			ZYTUX® 100MG/10ML VIAL	4350000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	22538			REDITOX® 100MG VIAL	4350000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	21306			RISTOVA® 100MG VIAL	5600000	عادي (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	21399			KIKUZUMAB® 100MG/10ML VIAL	5600000	عادي (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
173		2474	RITUXIMAB 500MG/50ML VIAL		21500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	2480			MABTHERA® 500MG/50ML VIAL	43000000	عادي (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	22587			ZYTUX® 500MG/50ML VIAL	21500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	22541			REDITOX® 500MG VIAL	21500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	21307			RISTOVA® 500MG VIAL	22900000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	21398			KIKUZUMAB® 500MG/50ML VIAL	31000000	ویژه (پایه ۸۵٪ - مکمل ۱۵٪)	متخصص	می باشد	
174		4000	SEVELAMER 800MG TAB		24000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	21183			SEVELAGEN® 800MG TAB	24000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
	4001			RENAGEL® 800MG TAB	27000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
175		17791	SOMATROPIN 10MG 1.5ML PEN		3500000	عادي (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده طبق مقررات مربوطه
	17792			NORDITROPIN® NORDILET® 10MG/1.5ML	4000000	عادي (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده طبق مقررات مربوطه
176		1161	SOMATROPIN 4U AMP		350000	عادي (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده طبق مقررات مربوطه
177		9808	SOMATROPIN 5MG 1.5ML PEN		1700000	عادي (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده طبق مقررات مربوطه

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	11820			NORDITROPIN® NORDILET® 5MG/1.5ML	2300000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده طبق مقررات مربوطه
	18692			OMNITROPE® 5MG/1.5ML AMP.	1700000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده طبق مقررات مربوطه
178		15846	STREPTOKINASE 1,500,000IU VIAL		1733000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	15847			STREPTASE® 1,500,000IU VIAL	4240000	عادی (پایه ۸۵٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	19954			KARMA KINAS® 1500000 IU VIAL	1961000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
179		9988	SUNITINIB MALATE 12.5MG CAP		1320000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	9987			SUTENT® 12.5MG CAP	1320000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
180		9753	SUNITINIB MALATE 25MG CAP		2645000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	9752			SUTENT® 25MG CAP	2645000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
181		7804	SUNITINIB MALATE 50MG CAP		5300000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	7805			SUTENT® 50MG CAP	5300000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
182		2087	TACROLIMUS 5MG/ML FOR INFU		2400000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5879			PROGRAF® 5MG/ML AMP	2400000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
183		5949	TEMOZOLAMIDE 100MG CAP		980000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	5800			TEMODAL® 100MG CAP	1120000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
184		6532	TEMOZOLAMIDE 20MG CAP		210000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	6492			TEMODAL® 20MG CAP	240000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
185		5950	TEMOZOLAMIDE 250MG CAP		2100000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	5801			TEMODAL® 250MG CAP	2100000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
186		7384	TEMOZOLAMIDE 5MG CAP		60000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	7385			TEMODAL® 5MG CAP	60000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
187		13524	TENOFOVIR 300MG TAB		10000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	13525			TENOBIOVIR® 300MG TAB	14500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20261			TENVIR® 300MG TAB	16000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
188		21850	THALIDOMIDE 100MG CAP		100000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
189		4339	THALIDOMIDE 100MG TAB		111500	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
190		4189	TIOTROPIUM 0.018MG FOR INHAL		23500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
	5771			SPIRIVA® 0.018MG INHAL CAP	60000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
191		5283	TRASTUZUMAB 150MG VIAL		22000000	ویژه (پایه ۹۰ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	5282			HERCEPTIN® 150MG VIAL	26000000	عادی (پایه ۸۵٪)	انکولوژیست	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمائستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
192		2481	TRASTUZUMAB 440MG VIAL		57750000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	2482			HERCEPTIN® 440MG VIAL	70000000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	20745			HERCLON® 440MG VIAL	44000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
193		9283	TRIPTORELIN ACETATE 0.1MG/1ML SYRINGE		130000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
	15978			VARIOPEPTYL® 0.1MCG SYRINGE	130000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
	17207			DIPHERELINE® 0.1MG VIAL	186500	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	
194		1266	TRIPTORELIN ACETATE 3.75MG VIAL		1600000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	2643			DECAPEPTYL CR® 3.75MG VIAL	2260000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	16962			MICRORELIN® 3.75MG VIAL	1600000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	20606			CHEMORELIN® 3.75MG VIAL	1900000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	2777			DIPHERELINE® 3.75MG VIAL	2300000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
195		18436	TRIPTORELIN ACETATE 3.75MG SYRINGE		1500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	18437			VARIOPEPTYL® 3.75MG SYRINGE	1500000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
196		14735	TRIPTORELIN PAMOATE 11.25MG VIAL		4800000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	14734			DIPHERELINE SR® 11.25MG VIAL	6840000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و پیمارستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
197		4768	VALGANCICLOVIR 450MG TAB		1190000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	4767			VALCYTE® 450MG TAB	1190000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
198		17568	VALPROATE SODIUM 100MG/ML 5ML INJ		309000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	17567			CONVULEX® 100MG/ML 5ML INJ	309000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
199		6170	VALPROATE SODIUM 200MG/5ML 300ML SYRUP		100000	عادی (پایه ۹۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
	9596			EPILIM® 200MG/5ML SYRUP 300ML	450000	عادی (پایه ۷۰٪)	پزشکان	نمی باشد	
200		1283	VINBLASTINE SULFATE 10MG VIAL		200000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	19659			VINKO® 10MG/10ML INJ	220000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
201		1284	VINCRIStINE SULFATE 1MG VIAL		150000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	22178			CELLCRISTINE® 1MG VIAL	360000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
202		5005	VINORELBINE 10MG/1ML VIAL		520500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5008			NAVELBINE® 10MG/1ML VIAL	761000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
203		13254	VINORELBINE 20MG CAP		1770000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	13255			NAVELBINE® 20MG CAP	1770000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
204		8133	VINORELBINE 30MG CAP		2630000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	8134			NAVELBINE® 30MG CAP	2630000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
205		5006	VINORELBINE 50MG/5ML VIAL		2332500	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5007			NAVELBINE® 50MG/5ML VIAL	3260000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
206		6382	VORICONAZOLE 200MG TAB		650000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	6384			VFEND® 200MG TAB	1094500	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
207		6383	VORICONAZOLE 200MG VIAL		1082000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	6385			VFEND® 200MG VIAL	3056000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
208		9604	VORICONAZOLE 50MG TAB		250000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
	9603			VFEND® 50MG TAB	283000	عادی (پایه ۹۰٪)	بیمارستانی +متخصص	نمی باشد	
209		5883	ZOLEDRONIC ACID 4MG VIAL		1400000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
	5881			ZOMETA® 4MG VIAL	15000000	عادی (پایه ۵۰٪)	متخصص	نمی باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
210		16164	ADALIMUMAB 40MG/0.8ML INJ		23700000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	16165			HUMIRA® 40MG/0.8ML INJ	23700000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
211		17094	AMPHOTERICIN-B LIPOSOMAL VIAL		4000000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	7069			AMBISOME® 50MG VIAL	4000000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
212		7659	ANAGRALIDE 0.5MG CAP		62500	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	7850			THROMBOREDUCTIN® 0.5MG CAP	62500	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
213		2079	ARSENIC TRIOXIDE 0.1% AMP		710000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
214		5615	BEVACIZUMAB 100MG/4ML VIAL		15000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	4583			AVASTIN® 100MG/4ML VIAL	15000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
215		5616	BEVACIZUMAB 400MG/16ML VIAL		46000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	4582			AVASTIN® 400MG/16ML VIAL	50000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	19762			ALTUZAN® 400MG/16ML INJ	48000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
216		6765	BICALUTAMIDE 50MG TAB		38000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	21664			BICALOX® 50MG TAB	50000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
217		7088	BORTEZOMIB 3.5MG INJ		20000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	7089			VELCADE® 3.5MG INJ	30500000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	20712			VELZOMIB® 3.5MG VIAL	21000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	21454			BORTENAT® 3.5MG INJ	20000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
218		2287	CABERGULINE 0.5MG TAB		20000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	4102			DOSTINEX® 0.5MG TAB	160000	عادي (پایه ۵۰٪)	متخصص	نمی باشد	
219		2374	CABERGULINE 1MG TAB		33700	عادي (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	4717			CABASER® 1MG TAB	116000	عادي (پایه ۵۰٪)	متخصص	نمی باشد	
220		8822	CABERGULINE 2MG TAB		54000	عادي (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
221		5291	CETRORELIX ACETATE 250MCG VIAL		823500	عادي (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5292			CETROTIDE® 250MCG VIAL	823500	عادي (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
222		14887	ERLOTINIB 100MG TAB		420000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	14888			TARCEVA® 100MG TAB	1900000	عادي (پایه ۷۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	21545			ERLOTEC® 100MG TAB	420000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
223		6154	ERLOTINIB 150MG TAB		650000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	6155			TARCEVA® 150MG TAB	2380000	عادي (پایه ۷۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	21546			ERLOTEC® 150MG TAB	650000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
224		4008	ETANERCEPT 25MG VIAL		2000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	22589			ALTEBREL® 25MG/0.5MLPREFILLED SYRINGE	2000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)			
	4007			ENBREL® 25MG VIAL	3500000	عادي (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
225		8170	ETANERCEPT 50MG VIAL		4000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	22559			ALTEBRELO 50MG/1MLPREFILLED SYRINGE	4000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)			
	8171			ENBRELO 50MG VIAL	6600000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
225		2962	EXEMESTANE 25MG TAB		30000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	2961			AROMASIN® 25MG TAB	83500	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
226		16682	EVEROLIMUS 5MG TAB		2580000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	16683			AFINITOR® 5MG TAB	2580000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
227		16179	FOLITROPIN 300IU PEN		2560000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
228		16180	FOLITROPIN 450IU PEN		3920000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
229		3950	FOLITROPIN 150IU PEN		1300000	عادی (پایه ۹۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
230		2570	FOLITROPIN 75IU INJ		392000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	9129			PUREGON® 75IU VIAL	587000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	22543			CINNAL-F® 75IU PEN	320000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	16181			GONAL-F® 75IU PEN	500000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	18599			FOLLITROPE® 75IU VIAL	392000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التایید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	21817			GONADOPIN® 75IU VIAL	450000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	21818			GONADOPIN PFS® 75IU SYRING	450000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
231		16068	FOLITROPIN 900IU PEN		7200000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
232		5760	FORMOTEROL 12MCG CAP		12000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	5759			FORADIL® 12MCG INHAL CAP	23500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
233		6783	GANIRELIX 0.25MG INJ		1582000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	
	6784			ORGALUTRAN® 0.25MG INJ	1582000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	
234		7969	GOSERELIN ACETATE 10.8MG SYRINGE		14211000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	7970			ZOLADEX LA® 10.8MG SYRINGE	14211000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
235		12273	NILOTINIB 200MG CAP		1240000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	12274			TASIGNA® 200MG CAP	1240000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
236		14098	PEMETREXED 100MG VIAL		6600000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	14099			ALIMTA® 100MG VIAL	6600000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
237		6119	PEMETREXED 500MG VIAL		21160000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	5792			ALIMTA® 500MG VIAL	21160000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التائید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
238		8519	POSACONAZOL 40MG/ML SUSP		29000000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
239		12102	RASBURICASE 1.5MG VIAL		2900000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	11229			FASTURTEC® 1.5MG VIAL	2900000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
240		14109	SODIUM GLYCEROPHOSPHATE INJ		165000	عادی (پایه ۷۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	
	14110			GLYCOPHOS® 20ML INJ	165000	عادی (پایه ۷۰٪)	بیمارستانی	نمی باشد	
241		8448	SORAFENIB 200MG TAB		1396000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
	8449			NEXAVAR® 200MG TAB	1396000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	انکولوژیست	می باشد	
242		7913	SUCCIMER 200MG CAP		333500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
	7914			SUCCICAPTAL® 200MG CAP	333500	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	نمی باشد	
243		3431	TRETINOIN 10MG CAP		150000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
	3430			VESANOID® 10MG CAP	150000	ویژه (پایه ۷۰٪ - مکمل ۳۰٪)	متخصص	می باشد	
244		1270	UROFOLLITROPIN 75 I U FSH AMP		150000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	2616			FOSTIMON® 75IU AMP	400000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
	19003			KARMA FSH®75IU VIAL	326000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات جدید
245		12292	ALGLUCOSIDASE 50MG VIAL		23800000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	12293			MYOZYME® 50MG VIAL	23800000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	
246		2682	ANTIHEMOPHILIC FACTOR VIIa 1.2MG VIAL		10900000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	
	20373			ARYOSEVEN® 1.2MG VIAL	10900000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	
247		9805	BETAINE ANHYDROUS 100G ORAL POWDER		6650000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	
248		6521	BICARBONATE IDEMSA POWDER		140000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد) در	کاربرد در بیمارستان معمولا جهت دیالیز
249		5284	BICARBONATE POWDER PACKAGE		75000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد) در	کاربرد در بیمارستان معمولا جهت دیالیز
250		7848	BOSENTAN 125MG TAB		150000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
	7849			TRACLEER® 125MG TAB	500000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
251		12114	BOSENTAN 62.5MG TAB		100000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
252		287	CICLOSPORIN 100MG CAP		26000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	نمی باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	3834			IMINORAL® 100MG CAP	26000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	4488			SANDIMMUN NEORAL® 100MG CAP	44000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
253		288	CICLOSPORIN 25MG CAP		6500	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	3835			IMINORAL® 25MG CAP	6500	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	4491			SANDIMMUN NEORAL® 25MG CAP	11000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
254		1758	CICLOSPORIN 50MG CAP		13000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	4489			SANDIMMUN NEORAL® 50MG CAP	22000	عادی (پایه ۸۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	11603			IMINORAL® 50MG CAP	13000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
255		1453	CYSTEAMINE BITARTRATE 150MG CAP		113000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	نمی باشد	
	2477			CYSTAGON® 150MG CAP	113000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	نمی باشد	
256		2476	CYSTEAMINE BITARTRATE 50MG CAP		60000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	نمی باشد	
	2478			CYSTAGON® 50MG CAP	60000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	نمی باشد	
257		7054	DEFERASIROX 125MG TAB		7500	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	7055			OSVERAL® 125MG TAB	8000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	9694			EXJADE® 125MG TAB	55000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
258		6659	DEFERASIROX 250MG TAB		15000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	8795			OSVERAL® 250MG TAB	16000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	9220			EXJADE® 250MG TAB	110000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
259		8997	DEFERASIROX 500MG TAB		30000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	8796			OSVERAL® 500MG TAB	32000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	قیمت اعلامی وزارت بهداشت ۹۳	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم الاید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	9221			EXJADE® 500MG TAB	220000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
260		17853	DEFERIPRONE 500MG EC TAB		4800	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
261		386	DEFEROXAMINE MESYLATE 500MG VIAL		100000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	3329			DESFERAL® 500MG VIAL	132500	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
262		12550	GALSULFASE 1MG/ML VIAL		50000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده بیماری ویژه
	12551			NAGLEZYME® 1MG/ML VIAL	50000000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	با تشکیل پرونده بیماری ویژه
263		7196	HEMODIALYSIS ACIDIC II 5LIT CONC SOLUTION		120000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد) در	کاربرد در بیمارستان معمولاً جهت دیالیز
264		7197	HEMODIALYSIS I 5LIT CONC SOLUTION		120000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد) در	کاربرد در بیمارستان معمولاً جهت دیالیز
265		7198	HEMODIALYSIS II 5LIT CONC SOLUTION		120000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	پزشکان	می باشد) در	کاربرد در بیمارستان معمولاً جهت دیالیز
266		7386	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN 180IU/1ML VIAL		1450000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	نمی باشد	
267		18064	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN 500IU/10ML VIAL		4000000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	نمی باشد	
268		7382	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN 540IU/3ML VIAL		4300000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	نمی باشد	
269		1531	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN 1000IU/5 ML		8000000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	نمی باشد	
270		18065	HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN 2500IU/50 ML		20000000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	نمی باشد	
271		13536	IMIGLUCERASE 400IU VIAL		47500000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	قیمت اعلامی وزارت بهداشت ۹۳	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم ال تأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
	13537			CEREZYME® 400IU VIAL	47500000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
272		6353	LARONIDASE 100IU/ML 5ML VIAL		23500000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
	6354			ALDURAZYME® 100IU/ML 5ML VIAL	23500000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
273		12109	MIGLUSTAT 100MG CAP		2100000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
	11362			ZAVESCA® 100MG CAP	2100000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
274		1755	MYCOPHENOLATE MOFETIL 250MG CAP		6000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	5178			CELLCEPT® 250MG TAB	17000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
275		1753	MYCOPHENOLATE MOFETIL 500MG TAB		12000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	13277			CITOGAN® 500MG TAB	15000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	16722			SUPRIMUN® 500MG TAB	19600	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	5179			CELLCEPT® 500MG TAB	34000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
276		6340	NITISINONE 10MG CAP		330000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
277		6343	NITISINONE 2MG CAP		66000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
278		6346	NITISINONE 5MG CAP		165000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
279		21302	SAPROPTERIN 100MG TAB		1050000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأمید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
280		4022	SIROLIMUS 1MG TAB		50000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	در بیماران عادی با فرانشیز ۱۰٪ مورد
	4023			RAPAMUNE® 1MG TAB	125000	عادی (پایه ۷۰٪)	متخصص	می باشد	
	19230			SIROPLANT® 1MG TAB	50000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
281		1934	SODIUM BENZOATE 2G/10ML AMP		225000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
	7344			AMZOATE® 2G/10ML AMP	225000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
282		6403	SODIUM PHENYL BUTYRATE 500MG TAB		85000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	طبق مقررات مربوطه
	8411			AMBUTYRATE® 500MG TAB	85000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	نمی باشد	طبق مقررات مربوطه
	6369	6369	SODIUM PHENYL BUTYRATE 2G/10ML AMP		440000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	نمی باشد	طبق مقررات مربوطه
	9498			AMBUTYRATE® 2G/10ML AMP	440000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	نمی باشد	طبق مقررات مربوطه
283		5804	TACROLIMUS 0.5MG CAP		17000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
	7397			PROGRAF® 0.5MG CAP	49000	عادی (پایه ۹۵٪)	پزشکان	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	11581			COGRAFT® 0.5MG CAP	17000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
284		2083	TACROLIMUS 1MG CAP		31000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه
	5878			PROGRAF® 1MG CAP	92000	عادی (پایه ۹۵٪)	متخصص	می باشد	عدم سرایت فرانشیز های کمتر به این
	11788			COGRAFT® 1MG CAP	31000	ویژه (پایه ۱۰۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه

ردیف	کد برند	کد ژنریک	نام ژنریک	نام تجاری	بهداشت ۹۳ قیمت اعلامی وزارت	گروه خدمت	شرایط تجویز کننده و بیمارستانی	لازم التأیید	برخی توضیحات لازم و نحوه سرایت پذیری
285		1217	THIOGUANINE 40MG TAB		75000	ویژه (پایه ۹۰٪ - مکمل ۱۰٪)	متخصص	می باشد	طبق مقررات مربوطه

اصلاحات واحد دارویی

اصلاحات غذا و دارو

عدم وجود