



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	GRANISETRON	GRANISETRON AUROVITAS SPAIN1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	- Prevención y tratamiento de náuseas y vómitos, tanto agudos como diferidos, asociados con tratamiento citostático (quimioterapia y radioterapia).
		KYTRIL 1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
A04A	ONDANSETRON	ONDANSETRON ARISTO 4MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	- Control de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia citotóxica y radioterapia.
		ONDANSETRON ARISTO 8MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	- Prevención y tratamiento de los vómitos y náuseas posoperatorios (NVPO).
		ONDANSETRON ARISTO 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	"Tratamiento de niños mayores de un año con vómitos cíclicos incoercibles que no responden al tratamiento con domperidona".
		ONDANSETRON BLUEFISH 4MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	Resolución SA 020/14 de 14 de febreri de 2014:
		ONDANSETRON BLUEFISH 8MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	"Tratamiento de niños mayores de un año con vómitos cíclicos incoercibles que no responden al tratamiento con domperidona".
		ONDANSETRON NORMON 4MG 15 COMPRIMID RECUB PELI EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON NORMON 4MG 6 COMPRIMID RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON NORMON 8MG 15 COMPRIMID RECUB PELI EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON NORMON 8MG 6 COMPRIMID RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON RATIO 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	ONDANSETRON	ONDANSETRON RATIO 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON RATIO 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 4MG 15 COMPRIM RECUBIER PELIC EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBI PELI EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 8MG 15 COMPRIMID RECUB PELICU EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON TEVA 8MG 6 COMPRIMID RECUB PELICU EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON VIATRIS 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON VIATRIS 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		SETOFILM 4MG PELICULAS BUCODISPERSABLES 10 SOBRES EFG	FINANCIADO	
		SETOFILM 8MG PELICULAS BUCODISPERSABLES 10 SOBRES EFG	FINANCIADO	
		YATROX 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		YATROX 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	ONDANSETRON	YATROX 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		YATROX 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN ZYDIS 4MG 10 LIOFILIZADOS ORALES	FINANCIADO	
		ZOFRAN ZYDIS 8MG 10 LIOFILIZADOS ORALES	FINANCIADO	
		ZOFRAN 4MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN 4MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
		ZOFRAN 8MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
A07E	BUDESONIDA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A07E	BUDESONIDA	JORVEZA 0,5MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES JORVEZA 1MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO	Tratamiento de la esofagitis eosinofílica EEO en adultos (mayores de 18 años), no respondedores o refractarios a los inhibidores de la bomba de protones (IBP) tras, al menos, 8 semanas de tratamiento con los mismos y dieta de eliminación, y (una o ambas de las siguientes condiciones): a) Fenotipo fibro-estenósante: presencia de estenosis y anillos esofágicos demostrados por endoscopia. y/o b) Pacientes con afectación moderada-grave: disfagia intensa y/o malnutrición, y/o impactación esofágica recurrente de alimentos, y/o estenosis esofágica de alto grado, y/o recaída sintomática/histológica rápida después de la terapia inicial, y/o perforación esofágica.
A09A	PANCREATINA	KREON 10000 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES KREON 10000 250 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES KREON 25000 U 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES KREON 25000 U 50 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES KREON 35.000U 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES KREON 5000U/100MG 1 FRASCO 20G GRANULADO GASTRORRESISTENTE	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO	- Tratamiento de insuficiencia pancreática exocrina .
A11C	ALFACALCIDOL	ETALPHA 2MCG/ML 1 FRASCO DE 10ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	FINANCIADO	- Alteraciones del metabolismo del calcio y de los fosfatos debidas a una produccion reducida de 1,25-dihidroxitamina D3.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A11C	CALCITRIOL	ROCALTROL 0,25MCG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	- Enfermedades relacionadas con la incapacidad de síntesis renal de 1,2 dihidroxicolecalciferol, osteodistrofia renal, Insuficiencia renal, hipoparatiroidismo, osteomalacia y raquitismo. - Indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4), y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5), en pacientes sometidos a hemodiálisis o diálisis peritoneal.
		ROCALTROL 0,5MCG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
	PARICALCITOL	ZEMPLAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
B01A	CILOSTAZOL	CILOSTAZOL ARISTO 100MG 56 (4 X 14) COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	Cilostazol solo debe utilizarse para claudicación intermitente en aquellos pacientes en los que los cambios en el estilo de vida (abandono de hábito de fumar y programas de ejercicio físico) por sí solos no hayan resultado efectivos. Se debe evaluar el beneficio a los tres meses de instaurar el tratamiento, suspendiendo el mismo si no se observa un beneficio clínicamente relevante. En determinados grupos de pacientes como es el caso de aquellos que también utilizan inhibidores potentes del CYP3A4 o CYP2C19 es aconsejable reducir la dosis de cilostazol a 50 mg dos veces al día.
		CILOSTAZOL ARISTO 50MG 56 (4 X 14) COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL CINFA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL KERN PHARMA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL NORMON 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL PENSA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL SANDOZ 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
CILOSTAZOL STADA 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
B01A	CILOSTAZOL	CILOSTAZOL TARBIS 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL VIATRIS 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		CILOSTAZOL VIR 100MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		EKISTOL 100MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
		EKISTOL 50MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
	TICLOPIDINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
B01A	TICLOPIDINA	TICLOPIDINA CINFA 250MG 50 COMP RECUB EFG	FINANCIADO	<p>- Profilaxis secundaria en accidente cerebrovascular recurrente como Accidente Isquémico Transitorio, Déficit Neurológico Isquémico reversible, Ictus menor o Infarto Cerebral completo, cuando haya intolerancia y / o el ácido acetilsalicílico no sea adecuado.</p> <p>- Prevención de los Accidentes Tromboembólicos, especialmente coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatía crónica obliterante de los miembros inferiores en estadio de claudicación intermitente.</p> <p>- Prevención y corrección de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorpóreos: * Cirugía con circulación extracorpórea * Hemodiálisis crónica.</p> <p>- Prevención de la progresión del número de microaneurismas en diabéticos insulín dependientes con retinopatía inicial.</p> <p>- Prevención de oclusiones tras procedimientos quirúrgicos coronarios: * En cirugía de derivación aortocoronaria. * En angioplastia coronaria transluminal percutánea con colocación de prótesis endovascular (STENT).</p>
C01B	DRONEDARONA	<p>DRONEDARONA ARISTO 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELICULA EFG</p> <p>DRONEDARONA AUROVITAS SPAIN 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC (PVC/AL) EFG</p> <p>DRONEDARONA TEVA 400MG 60 COMPRIM RECUB PELIC (BLIS PVC-AL) EFG</p>	<p>FINANCIADO</p> <p>FINANCIADO</p> <p>FINANCIADO</p>	<p>Esta indicado para el mantenimiento del ritmo sinusal despues de una cardioversion efectiva en pacientes adultos y clinicamente estables con fibrilacion auricular (FA) paroxistica o persistente. Por su perfil de seguridad, debe prescribirse solo despues de que otras opciones alternativas de tratamiento hayan sido consideradas. No debe administrarse a pacientes con disfuncion sistolica ventricular izquierda ni a pacientes con episodios anteriores o actuales de insuficiencia cardiaca.</p>



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
C01B	DRONEDARONA	MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
C02A	GUANFACINA	INTUNIV 1MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes de 6 a 17 años, como alternativa, cuando los estimulantes del Sistema Nervioso Central (metilfenidato y anfetaminas) y la atomoxetina, no sean eficaces o estén contraindicados.
		INTUNIV 2MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		INTUNIV 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		INTUNIV 4MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
D05B	ACITRETINA	ACITRETINA IFC 10MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	<p>- Indicado en el tratamiento de alteraciones de la piel como psoriasis, ictiosis y enfermedad de Darier.</p> <p>INDICACIÓN AUTORIZADA POR:</p> <p>RESOLUCIÓN 0153/2011 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS</p> <p>- Tratamiento de la pitiriasis rubra pilaris, en aquellos casos en los que se presente, además, falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a esteroides.</p> <p>RESOLUCION SA 0007/13 de 16 de enero de 2013: "Tratamiento del liquen plano en pacientes refractarios a corticoides orales"</p>
		ACITRETINA IFC 25MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NEOTIGASON 10MG 30 CAPSULAS	FINANCIADO	
		NEOTIGASON 25MG 30 CAPSULAS	FINANCIADO	
	DIMETILFUMARATO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D05B	DIMETILFUMARATO	SKILARENCE 120MG 180 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	Tratamiento de los pacientes adultos con psoriasis en placas de moderada a grave que no hayan respondido adecuadamente o sean intolerantes o tengan contraindicada o no este recomendada la terapia sistémica convencional (metotrexato, ciclosporina y acitretina).
		SKILARENCE 120MG 90 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
		SKILARENCE 30MG 42 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
D10B	ISOTRETINOINA	ACNEMIN 10MG 50 CAPSULAS	FINANCIADO	- Formas graves de acné (por ejemplo, acné nodular o conglobata o acné con riesgo de cicatrización permanente) resistente a los ciclos adecuados de tratamiento convencional con preparados antibacterianos por vía general y por vía tópica.
		ACNEMIN 20MG 50 CAPSULAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 30MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		DERCUTANE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
FLEXRESAN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D10B	ISOTRETINOINA	FLEXRESAN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISDIBEN 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		ISDIBEN 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		ISDIBEN 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOACNE 5MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		ISOTIORGA 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		ISOTIORGA 40MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		MAYESTA 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
MAYESTA 20MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D11A	ALITRETINOINA	ALITRETINOINA IFC 10MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	Toctino esta indicado en adultos con eczema cronico grave de las manos que no responde al tratamiento con corticosteroides topicos potentes. Los pacientes cuyo eczema tenga características predominantemente hiperqueratolíticas, tienen mas probabilidades de responder al tratamiento que en los que el eczema se presenta como eczema dishidrotico
		ALITRETINOINA IFC 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		TOCTINO 10MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
		TOCTINO 30MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
G03A	ETONOGESTREL	IMPLANON NXT 68MG 1 IMPLANTE CON APLICADOR	FINANCIADO	-Anticoncepción.Se ha establecido su eficacia y seguridad en mujeres entre 18 y 40 años de edad. Resolución SAS 150/12 de 29 de junio: - Anticoncepción en pacientes menores de 18 años con riesgo de embarazo no deseado por patología neuropsiquiátrica de base.
G03G	CORIFOLITROPINA ALFA	ELONVA 100MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	Esta indicado para la estimulacion ovarica controlada (EOC) en combinacion con un antagonista de la Hormona Liberadora de las Gonadotropinas (GnRH) para el desarrollo de foliculos multiples en mujeres que participan en un programa de Tecnicas de Reproduccion Asistida (TRA). Tratamiento de varones adolescentes (14 años en adelante) con hipogonadismo hipogonadotrófico, en combinacion con gonadotropina coriónica jumana(hCG).
		ELONVA 150MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
	FOLITROPINA ALFA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	FOLITROPINA ALFA	BEMFOLA 150UI/0,25ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<p>- Anovulación, incluyendo Enfermedad Ovárica Poliquística (PCOD), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</p> <p>- Estimulación del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a superovulación en Técnicas de Reproducción Asistida (ART), tales como fertilización "in vitro" (FIV), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) y tranferencia intratubárica de cigotos (ZIFT).</p> <p>- Gonal-F administrado de forma concomitante con gonadotrofina coriónica humana (HCG) está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotropo congénito o adquirido.</p> <p>- Gonal-F asociado a un preparado de hormona luteinizante (LH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con deficit severo de LH y FSH, en los ensayos clínicos estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/Li.</p>
		BEMFOLA 150UI/0,25ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 150UI/0,25ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 225UI/0,375ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 225UI/0,375ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 225UI/0,375ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 300UI/0,50ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 300UI/0,50ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 300UI/0,50ML 5 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		BEMFOLA 450UI/0,75ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
BEMFOLA 75UI/0,125ML 1 PLUMA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO			
BEMFOLA 75UI/0,125ML 10 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	FOLITROPINA ALFA	GONAL-F 1050UI/1,75ML (77MCG/1,75ML) POLVO Y DISOLVENTE SOL INYECTABLE	FINANCIADO	
		GONAL-F 150UI/0,25ML 1 PLUMA PRECARGADA + 4 AGUJAS SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		GONAL-F 300UI/0,5ML 1 PLUMA PREC+8 AGUJAS SOL INY	FINANCIADO	
		GONAL-F 450UI/0,75ML 1 PLUMA PREC+12 AGUJAS SOL INY	FINANCIADO	
		GONAL-F 900UI/1,5ML 1 PLUMA PRECARGADA + 20 AGUJAS SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		OVALEAP 300UI /0, 5ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		OVALEAP 450UI /0,75ML 1 CARTUCHO Y 10 AGUJAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
OVALEAP 900UI /1,5ML 1 CARTUCHO Y 20 AGUJAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO			
	FOLITROPINA ALFA / LUTROPINA ALFA	PERGOVERIS 150 UI/75 UI 3 VIALES POLVO + 3 VIALES DISOLV SOLUC INYECTABLE	FINANCIADO	- En mujeres con déficit severo de LH y FSH para la estimulación del desarrollo folicular. En los ensayos clínicos, estas pacientes se eligieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 <UI/l.
		PERGOVERIS 150UI/75UI 10 VIALES POLVO + 10 VIALES DISOLVENTE SOLUC INYEC	FINANCIADO	
		PERGOVERIS 150/75UI 1 VIAL POLVO + 1 VIAL DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		PERGOVERIS (300UI + 150UI)/0,48ML 1 PLUMA PREC 0,48ML + 5 AGU SOL INYECT	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	
G03G	FOLITROPINA ALFA / LUTROPINA ALFA	PERGOVERIS (450UI + 225UI)/0,72ML 1 PLUMA PREC 0,72ML + 7 AGU SOL INYECT	FINANCIADO		
		PERGOVERIS (900UI + 450UI)/1,44ML 1 PLUMA PREC 1,44ML + 14 AGU SOL INYECT	FINANCIADO		
	FOLITROPINA BETA	PUREGON 300UI/0,36ML 1 CARTUCHO DE 0,36ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO		- Anovulación, incluyendo Enfermedad Ovárica Poliquística (PCOD), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.
		PUREGON 600UI/0,72ML 1 CARTUCHO DE 0,72ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO		- Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples en programas de reproducción asistida, (ej: fertilización in vitro, transferencia de embriones FIV /TE, transferencia intratubarica de gametos GIFT e inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI).
		PUREGON 900UI/1,08ML 1 CARTUCHO DE 1,08ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO		- En el varón, espermatogénesis deficiente debido a hipogonadismo hipogonadotrófico.
	FOLITROPINA DELTA	REKOVELLE 12MCG/0,36ML 1 CARTUCHO 0,36ML + 3 AGUJAS SOL INY PLUMA PR	FINANCIADO		Estimulación ovarica controlada para inducir el desarrollo de foliculos multiples en mujeres sometidas a tecnicas de reproduccion asistida (TRA) tales como fecundacion in vitro (FIV) o ciclo de inyeccion intracitoplasmatica de espermatozoides (ICSI).
		REKOVELLE 36MCG/1,08ML 1 CARTUCHO 1,08ML + 6 AGUJAS SOL INY PLUMA PR	FINANCIADO		
		REKOVELLE 72MCG/2,16ML 1 CARTUCHO 2,16ML + 9 AGUJAS SOL INY PLUMA PR	FINANCIADO		
	GONADOTROFINA CORIONICA				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	GONADOTROFINA CORIONICA	GONASI KIT 5000UI 1 VIAL POLVO Y 1 JERINGA PREC CON DISOLVENTE PARA SOL INYECT	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de la Esterilidad funcional femenina, por insuficiente secreción hipofisaria o por falta de respuesta ovárica al estímulo normal hipofisario. Amenorrea primaria y secundaria, Oligomenorrea, y ciclos anovulatorios. - Tratamiento de la Esterilidad funcional masculina, por insuficiente secreción hipofisaria o por falta de respuesta testicular al estímulo normal hipofisario. - Oligoespermia, astenospermia, oligoastenospermia, azoospermia por fracaso hipofisario, hipogonadismo funcional, eunucoidismo funcional y critorquidia. - De gran utilidad en el tratamiento de la menometrorragia funcional, amenaza de aborto y aborto habitual.
		OVITRELLE 250MCG 1 PLUMA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> -En mujeres sometidas a superovulación para practicar técnicas de reproducción asistida (FIV), para desencadenar la maduración folicular final y la luteinización tras la estimulación folicular. - En mujeres con anovulación u oligo-ovulación para desencadenar la ovulación y la luteinización tras la estimulación del desarrollo folicular.
	LUTROPINA ALFA	LUVERIS 75UI 10 INYECTABLES POLVO Y DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - Luveris, asociado a un preparado de Hormona Foliculoestimulante (FSH), se recomienda para la estimulación del desarrollo folicular en mujeres con déficit severo de LH y FSH. En los ensayos clínicos, estas pacientes se definieron por un nivel sérico de LH endógena de < 1,2 UI/L.
	MENOTROPINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	MENOTROPINA	MERIOFERT KIT 150UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	Inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovárica controlada (hoc) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) medicamento: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).
		MERIOFERT KIT 150UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYEC	FINANCIADO	
		MERIOFERT KIT 75UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		MERIOFERT KIT 75UI 10 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		MERIOFERT KIT 900UI 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	Inducción de la ovulación: para la inducción de la ovulación en mujeres con amenorrea o anovulación que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. Hiperestimulación ovárica controlada (HOC) en el marco de una técnica de reproducción asistida (TRA) medicamento: inducción del desarrollo folicular múltiple en mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida, como la fertilización in vitro (FIV).



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G03G	MENOTROPINA	MENOPUR 1200UI 1 VIAL + 2 JER PREC DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INY	FINANCIADO	<p>Tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones:</p> <p>* Esterilidad en mujeres con insuficiencia ovarica hipo o normogonadotropica: estimulación del crecimiento folicular. Inducción de la ovulación, seguida o no de inseminación artificial (IA) (anovulación, incluyendo Síndrome de Ovario PoliQuístico (SOPQ)) en mujeres que no han respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</p> <p>* Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) realizadas mediante hiperestimulación ovarica controlada para inducir el desarrollo de folículos múltiples (p.ej. fecundación in vitro transferencia embrionaria (FIV/TE), transferencia intratubárica de gametos (GIFT) e inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI), etc.</p> <p>* Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotropico: en combinación con hCG para estimular la espermatogénesis.</p>
		MENOPUR 600UI 1 VIAL+1 JER PREC DISOLV POLVO Y DISOLV SOL INY	FINANCIADO	
	UROFOLITROPINA	FOSTIPUR 150UI/ML 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<p>-Anovulación(incluyendo síndrome del ovario poliquístico, SOP) en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno.</p> <p>-Hiperestimulación ovárica controlada para inducir el desarrollo multifolicular en técnicas de reproducción asistida (TRA), como la fertilización in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (TIG) y transferencia intratubárica de cigotos (TIZ).</p>
		FOSTIPUR 150UI/ML 10 VIALES POLVO + 10 AMPOLLAS DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		FOSTIPUR 75UI 1 VIAL POLVO + 1 AMPOLLA DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		FOSTIPUR 75UI/ML 10 VIALES POLVO + 10 AMPOLLAS DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
G04B	ALPROSTADIL	CAVERJECT 10MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA	FINANCIADO	- Disfunción eréctil: tratamiento y diagnóstico (junto a otras pruebas diagnósticas).



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
G04B	ALPROSTADIL	CAVERJECT 20MCG 1 VIAL DOBLE CAMARA	FINANCIADO	
		MUSE 1000MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR	FINANCIADO	- Tratamiento de la disfunción erectil, de etiología principalmente organica.
		MUSE 500MCG BASTONCILLO URETRAL 1 APLICADOR	FINANCIADO	- Coadyuvante de otras pruebas para el diagnostico tratamiento de la disfunción erectil.
H01A	PEGVISOMANT	SOMAVERT 10MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	- Tratamiento de pacientes con acromegalia que no hayan respondido de forma adecuada a tratamiento con cirugía y / o radiación o en los que un adecuado tratamiento médico con análogos de la somatostatina no haya normalizado las concentraciones de IGF-I o no haya sido tolerado.
		SOMAVERT 15MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMAVERT 20MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMAVERT 25MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMAVERT 30MG 30 VIALES POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
H01C	CETRORELIX	CETROTIDE 0,25MG/VI 1 VIAL POLVO + 1 JERINGA PRECARGADA SOLUC INYECT	FINANCIADO	- Prevención de la ovulación prematura en pacientes sometidas a una estimulación ovárica controlada seguida por extracción de oocitos y técnicas de reproducción asistida. Nota: En ensayos clínicos CETRORELIX fue utilizado con Gonadotropina Menopáusica Humana (HMG). La experiencia con FSH recombinante, aunque limitada, demostró una eficacia similar.
		CETROTIDE 0,25MG/VI 7 VIALES POLVO + 7 JERINGAS PRECARG SOLUC INYECTAB	FINANCIADO	
		CEZIBOE 0,25MG 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
	GANIRELIX	ASTARTE 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PREC 0,5ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	- Prevención de picos prematuros de Hormona Luteinizante (LH) en mujeres sometidas a hiperestimulación ovárica controlada (HOC) para técnicas de reproducción asistida.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	GANIRELIX	ASTARTE 0,25MG/0,5ML 5 JERINGAS PREC 0,5ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		FYREMADEL 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARG 0,5ML SOLUC INYECTAB EFG	FINANCIADO	
		FYREMADEL 0,25MG/0,5ML 5 JERINGAS PRECARG 0,5ML SOLUC INYECTAB EFG	FINANCIADO	
		GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCION INYECT EFG	FINANCIADO	
		GANIRELIX GEDEON RICHTER 0,25MG/0,5ML 6 JERINGAS PRECARGADAS SOLUCION INYECT EFG	FINANCIADO	
		ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
		ORGALUTRAN 0,25MG/0,5ML 5 JERING PRECAR 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	
LANREOTIDA		SOMATULINA AUTOGEL 120MG 1 JER PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<p>- Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz.</p> <p>- Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, Vipomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).</p>
		SOMATULINA AUTOGEL 60MG 1 JER PRECARGADA 0,3ML SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		SOMATULINA AUTOGEL 90MG 1 JER PRECARGADA 0,3ML SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
LINZAGOLIX COLINA				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	LINZAGOLIX COLINA	YSELY 100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA YSELY 200MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Ysely está indicado para el tratamiento de los síntomas moderados a graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad fértil. "Se limita su dispensación mediante visado para el tratamiento de pacientes con fibromas uterinos y con síntomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas (mayor o igual a 80 mL por ciclo durante 2 ciclos o mayor o igual a 160 mL en un ciclo medido por el método de la hematina alcalina, si esta técnica estuviera disponible, o medido mediante escala debidamente validada). Tras un año de tratamiento, se deberá realizar valoración de la masa ósea mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) o técnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento.
	OCTREOTIDA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	OCTREOTIDA	OCTREOTIDA GP PHARM 0,5MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOL INYECT Y PERFUS EFG	FINANCIADO	<p>- Acromegalia: * Control sintomático y reducción de niveles plasmáticos de Hormona del Crecimiento y Somatomedina-C en pacientes con acromegalia que responden inadecuadamente al tratamiento convencional. Pacientes acromegálicos en malas condiciones físicas o poco dispuestos a sufrir intervención quirúrgica, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia resulte completamente efectiva.</p> <p>- Tumores gastropancreáticos: * Para la mejoría de síntomas asociados a tumores endocrinos gastroenteropancreáticos: tumores carcinoides, vipomas, glucagonomas, insulinomas, gastrinomas, GRFomas. No es curativo en estos pacientes.</p> <p>- Cirugía Pancreática: prevención de las complicaciones surgidas tras cirugía pancreática.</p> <p>- Varices gastro-esofágicas sangrantes: tratamiento de urgencia para detener la hemorragia y proteger de hemorragia recurrente debido a varices gastroesofágicas en pacientes afectos de cirrosis.</p> <p>Resolución SA 0457/13 de 1 de Agosto: "Tratamiento del Sangrado recurrente por angiodisplasias intestinales"</p>
		OCTREOTIDA GP PHARM 1MG/5ML (0,2MG/ML) 1 VIAL 5ML SOLUC INYECTAB EFG	FINANCIADO	
		OCTREOTIDA GP-PHARM 0,05MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOL INYECT Y PERFUS EFG	FINANCIADO	
		OCTREOTIDA GP-PHARM 0,1MG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUC INYECT Y PERFUS EFG	FINANCIADO	
		OCTREOTIDA SUN 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		SANDOSTATIN 100MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION	FINANCIADO	
		SANDOSTATIN 50MCG/ML 5 AMPOLLAS 1ML SOLUCION INYECTABLE Y PERFUSION	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	
H01C	OCTREOTIDA	SANDOSTATIN LAR 10MG 1 VIAL POLVO Y DISOV PARA SUSP INYECTABLE	FINANCIADO	<p>- Indicado en el tratamiento de la acromegalia en: * Pacientes que estan controlados de forma adecuada mediante tratamiento subcutáneo con Sandostatin. * Pacientes en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz, o durante el periodo que transcurre hasta que la radioterapia sea completamente eficaz.</p> <p>- Tumores endocrinos gastroenteropancreopáticos en pacientes en los que los síntomas estan adecuadamente controlados con Sandostatin subcutáneo.</p> <p>Resolución SA 032221/15 de 19 de octubre de 2015: Tratamiento de sangrado recurrente por angiodisplasias intestinales.</p>	
		SANDOSTATIN LAR 20MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT	FINANCIADO		
		SANDOSTATIN LAR 30MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT	FINANCIADO		
	PASIREOTIDA	SIGNIFOR 20MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT	FINANCIADO		Financiacion restringida unicamente a la indicacion: el tratamiento de pacientes adultos con acromegalia en los que la cirugia no es una opcion o no ha sido curativa y que no estan adecuadamente controlados con el tratamiento con otro analogo de somatostatina. Por tanto, es una alternativa farmacologica cuando los actuales analogos de somatostatina: octeotrida y lanreotida no han conseguido el control de la acromegalia.
		SIGNIFOR 40MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT	FINANCIADO		
		SIGNIFOR 60MG 1 VIAL + 1 JERINGA PREC POLVO Y DISOLVENTE SUSP INYECT	FINANCIADO		
H02A	METILPREDNISOLONA				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H02A	METILPREDNISOLONA	URBASON 40MG 20 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	<p>- Todas las indicaciones propias de la corticoterapia por vía sistémica, excepto en estados que comporten riesgo vital (como shock), que precisan vía intravenosa.</p> <p>- Esta especialidad está indicada principalmente en: enfermedades hemáticas, enfermedades de los órganos internos, enfermedades cutáneas, también la inmunosupresión tras trasplante y como coadyuvante en los tratamientos con citostáticos y en radioterapia; tratamiento sustitutorio en la Enfermedad de Addison y tras adrenalectomía.</p>
H05B	PARICALCITOL	PARICALCITOL AUROVITAS SPAIN 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG PARICALCITOL CINFA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG PARICALCITOL NORMON 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG PARICALCITOL STADA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG PARICALCITOL TEVA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG PLEOPAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO	<p>Paricalcitol esta indicado en la prevención y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal crónica (enfermedad renal crónica, estadios 3 y 4) y fallo renal crónico (enfermedad renal crónica estadio 5) tanto en pacientes sometidos a hemodialis como a diálisis peritoneal.</p>
J01D	CEFEPIMA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFEPIMA	CEFEPIMA COMBINO PHARM 1G 1 VIAL POLVO SOLUC INYECT Y PERFUSION EFG	FINANCIADO	<p>ADULTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonía grave. -Infecciones del tracto urinario complicadas incluyendo pielonefritis. -Infecciones intraabdominales, incluyendo peritonitis e infecciones del tracto biliar. -Septicemia y bacteriemia. -Tratamiento empírico de los episodios febriles en pacientes con neutropenia. <p>NIÑOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tratamiento empírico de los episodios febriles en pacientes con neutropenia. -Meningitis bacteriana.
	CEFOTAXIMA	CEFOTAXIMA NORMON IM 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG CEFOTAXIMA NORMON IV 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG	FINANCIADO FINANCIADO	<p>- Infecciones graves causadas por gérmenes sensibles a la cefotaxima tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Infecciones del tracto respiratorio superior e inferior. * Infecciones renales y de vías urinarias, incluyendo enfermedad gonocócica no complicada, celulitis pélvica, endometritis, anexitis, prostatitis. * Infecciones de piel y tejidos blandos (incluyendo quemaduras y heridas infectadas). * Infecciones óseas y articulares, tales como osteomielitis y artritis séptica. * Infecciones de la cavidad abdominal: (peritonitis, infecciones de las vías biliares y del tracto gastrointestinal). * Infecciones otorrinolaringológicas. * Septicemias. * Endocarditis. * Meningitis y otras infecciones del S.N.C.
	CEFOXITINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFOXITINA	CEFOXITINA NORMON 1G 1 INY IV 10ML EFG	FINANCIADO	<p>- En el tratamiento de las siguientes infecciones graves causadas por gérmenes sensibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Infecciones del tracto respiratorio inferior, incluyendo neumonía y abscesos pulmonares. * Infecciones del tracto génito-urinario, incluyendo cistitis agudas no complicadas, uretritis o cervicitis gonocócica no complicada. Sin embargo, la Cefoxitina no puede considerarse el tratamiento de elección en estas infecciones. * Infecciones intra-abdominales, incluyendo peritonitis y abscesos intra-abdominales. * Infecciones ginecológicas, incluyendo endometritis, celulitis pélvica y enfermedad inflamatoria pélvica. Cefoxitina no es activa frente a chlamydia trachomatis, por lo tanto, cuando Cefoxitina sea utilizada en el tratamiento de pacientes con enfermedad pélvica inflamatoria y chlamydia trachomatis sea uno de los posibles patógenos, deberá administrarse además un tratamiento apropiado frente a chlamydia. * Septicemia causada por gérmenes gram-negativos. * Infecciones óseas y articulares. * Infecciones de la piel y tejidos blandos. * En profilaxis quirúrgica, la administración perioperatoria de Cefoxitina puede reducir la incidencia de infecciones postoperatorias en cirugía limpia (histerectomía vaginal y / o abdominal, cesárea) o en cirugía contaminada (colorrectal, apendicectomía). Sin embargo, Cefoxitina no es el antibiótico de elección en la cirugía contaminada.
	CEFTAZIDIMA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFTAZIDIMA	CEFTAZIDIMA NORMON 1G 1V+AMP POLV+DIS SOL INY EFG	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - Infecciones graves; por ej. septicemia, infecciones en pacientes inmunodeprimidos. - Infecciones de las vías respiratorias inferiores. - Infecciones de las vías urinarias. - Infecciones intraabdominales incluyendo peritonitis e infecciones del tracto biliar. - Infecciones ginecológicas. - Infecciones de la piel y tejidos blandos. - Infecciones óseas y de las articulaciones.
	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G V+AMP SOL INY IM EFG CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G 10 VIALES POLVO SOLUC INYECT I.V. EFG CEFTRIAXONA NORMON 1G IM 1 INYECTABLE EFG CEFTRIAXONA NORMON 1000MG 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECT IV EFG CEFTRIAXONA NORMON 250MG IM 1 INYECTABLE EFG CEFTRIAXONA NORMON 500MG IM 1 INYECTABLE EFG CEFTRIAXONA NORMON 500MG IV 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - En infecciones causadas por los gérmenes sensibles a este antibacteriano, tales como: sepsis, meningitis, infecciones abdominales (peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal). - Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas. - Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos. - Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis). - Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonía, y de garganta, nariz y oídos. - Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas). - Profilaxis perioperatoria de infecciones. - Tratamiento de cuadros neurológicos, cardiacos y artríticos de Borreliosis de Lyme.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFTRIAXONA	CEFTRIAXONA QILU 1G 1 VIAL POLVO PARA SOLUCION INYECT Y PERF EFG	FINANCIADO	
J01F	CLINDAMICINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01F	CLINDAMICINA			adecuadamente al tratamiento convencional.
	LINCOMICINA CLORHIDRATO	LINCOCIN 600MG 1 AMPOLLA 2ML INYECTABLE	FINANCIADO	- Tratamiento de las infecciones severas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas terapéuticas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).
J01G	AMIKACINA	AMIKACINA NORMON 500MG/VIAL 1 VIAL 2ML SOL INY EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de las infecciones causadas por gérmenes sensibles cuando otras alternativas resulten ineficaces (aconsejable antibiograma).
J01X	FOSFOMICINA	FOSFOCINA 1G 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION PARA PERF	FINANCIADO	Fosfomicina Intravenosa esta indicada en el tratamiento de infecciones complicadas o graves: Urinarias, dermatológicas, ginecológicas, respiratorias, del aparato locomotor, quirúrgicas, septicemias, endocarditis y meningitis producidas por microorganismos sensibles a la fosfomicina. En casos de infecciones hospitalarias graves (septicemias, endocarditis, meningitis), es imprescindible utilizar la fosfomicina en asociación con otros antibióticos. La fosfomicina se puede utilizar en la meningitis estafilococica meticilin-resistente en asociación con otros antibióticos.
		FOSFOMICINA LEVEL 1G 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECT	FINANCIADO	
	VANCOMICINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01X	VANCOMICINA	VANCOMICINA PFIZER 1000MG 1 VIAL POLVO CONCENTR SOLUC PERFUSION EFG	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none">- Tratamiento de infecciones graves producidas por microorganismos Gram positivos resistentes a Beta-lactámicos, entre las que cabe destacar: abscesos cerebrales, endocarditis bacteriana, infecciones óseas, erisipela, meningitis, septicemia.- Alternativa a Beta-lactámicos en el tratamiento de infecciones graves producidas por microorganismos Gram positivos en pacientes alérgicos a estos antibióticos.- Profilaxis quirúrgica en intervenciones que comporten la implantación de material protésico en un entorno de alta incidencia de infecciones causadas por <i>Staphylococcus meticillin</i> resistentes.- Se recomienda el uso de Vancomicina en la profilaxis de la Endocarditis Bacteriana en pacientes de alto riesgo alérgicos a Beta-lactámicos y que vayan a ser sometidos a procedimientos dentales o quirúrgicos.- Vancomicina Normon (500 mg y 1000 mg) inyectable IV, puede ser administrada por vía oral en el tratamiento de Colitis Pseudomembranosa y Enterocolitis Estafilocócica asociadas a antibióticos en aquellos casos graves en los que esté en peligro la vida del paciente y cuando fracase el tratamiento con Metronidazol. No es eficaz la vía oral en otro tipo de infecciones.
J07A	AG H.INFLUENZAE TIPO B			

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J07A	ANTIGENO POLISACARIDO MENINGOCOCO GR C / PROTEINA CRM 197 DE LA DIFTERIA	MENINGITEC 1 JERINGA PRECARGADA CON AGUJA SUSPENSION INYECTABLE MENJUGATE 10MCG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,6ML SUSPENSION INYECTABLE	FINANCIADO FINANCIADO	- Inmunización activa de niños desde los 2 meses de edad, adolescentes y adultos para la prevención de enfermedades invasivas producidas por Neisseria meningitidis serogrupo C (Meningitis C). - Niños incluidos en el Plan de Vacunación Andaluz, en caso de producirse roturas de existencias en los centros del SAS. - Para el resto de población sólo serán susceptibles de visados aquellas recetas prescritas a personas incluidas en los siguientes grupos de riesgo: * Personas con déficit de properdina y fracciones terminales del complemento (C6-C9). * Asplenia anatómica y / o funcional. * Enfermedad de Hodgkin y otras neoplasias hematológicas. * Inmunodeficiencias primarias de tipo humoral o combinadas.
L01A	CICLOFOSFAMIDA	GENOXAL 50MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	Ciclofosfamida esta indicada dentro de un regimen de quimioterapia combinada o como monoterapia en: -linfoma de hodgkin, linfomas no hodgkin y mieloma multiple. -leucemia linfocitica cronica (IIc) y leucemia linfocitica aguda (IIa). -leucemia mieloide cronica y leucemia linfoblastica aguda. -sarcoma de ewing. -neuroblastoma avanzado o metastasico. -carcinoma de mama y ovarico metastasico. -tratamiento adyuvante del carcinoma de mama. -carcinoma microcitico de pulmon. -como inmunosupresor en trasplantes de organos y de medula osea. -en enfermedades autoinmunes como: granulomatosis de wegener y formas progresivas graves del les (nefritis lupica).



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L01C	ETOPOSIDO	VEPESID 100MG 10 CAPSULAS BLANDAS VEPESID 50MG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO FINANCIADO	<p>Tratamiento de las siguientes neoplasias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tumores testiculares en primera linea de tratamiento, en regimenes de poliquimioterapia junto con los procedimientos quirurgicos y/o radioterapicos adecuados. - tumores testiculares refractarios: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con tumores testiculares refractarios ya tratados con cirugia, quimioterapia y radioterapia adecuadas. - carcinoma microcitico de pulmon: en terapia de combinacion con otros agentes quimioterapicos de uso clinico en pacientes con este tipo de tumores (datos preliminares han puesto de manifiesto que etoposido puede ser tambien eficaz en otros tipos histologicos de carcinoma de pulmon) - enfermedad de Hodgking - linfomas malignos (no hodgkinianos) - leucemia aguda monocitica y mielomonocitica) - Cancer ovarico (NUEVA INDICACION): Vepesid esta indicado en combinacion con otros farmacos quimioterapeuticos aprobados para el tratamiento del cancer ovarico no epitelial en adultos. Vepesid esta indicado para el tratamiento del cancer ovarico epitelial resistente/refractario al platino en adultos.
L01X	ANAGRELIDA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L01X	ANAGRELIDA	ANAGRELIDA ACCORDPHARMA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	<p>- Reducción del recuento elevado de plaquetas en pacientes de riesgo con trombocitemia esencial que no toleran el tratamiento que están siguiendo ó cuyo recuento de plaquetas no disminuye hasta un nivel aceptable con dicho tratamiento.</p> <p>Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una ó más de las siguientes 3 características:</p> <ul style="list-style-type: none"> > 60 años. Recuento de plaquetas > 1.000 * 1.000.000.000 / L Antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.
		ANAGRELIDA GLENMARK 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA PHARMAVIC 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA RATIOPHARM 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA STADA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		ANAGRELIDA TEVA 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		XAGRID 0,5MG 1 FRASCO 100 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
MITOTANO	LYSODREN 500MG 100 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático del carcinoma de la corteza suprarrenal avanzado (inextirpable, metastásico o de recaída). No se ha determinado el efecto de Lysodren en el carcinoma no funcional de la corteza suprarrenal.	
TRETINOINA				

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L01X	TRETINOINA	VESANOID 10MG 100 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	<p>Indicado en combinacion con el trioxido de arsenico o quimioterapia para el tratamiento de la leucemia promielocitica aguda (LPA) en pacientes de nuevo diagnostico, recidivantes o refractarios a la quimioterapia (ver seccion 4.2 y 5.1). Regimenes de tratamiento</p> <p>La combinacion de tretinoina con quimioterapia o trioxido de arsenico es conocida por ser eficaz e inducir tasas muy altas de remision hematologica en pacientes con casos de LPA confirmados geneticamente, es decir, los pacientes cuyos blastocitos albergan la t(15:17) por cariotipo o FISH o la fusion PML-RARa detectada por PCR. Por lo tanto, la confirmacion del diagnostico genetico es obligatoria. El tratamiento combinado con trioxido de arsenico ha mostrado ser una opcion de tratamiento efectivo en pacientes de reciente diagnostico con riesgo bajo-medio de LPA. Sin embargo, como la LPA se caracteriza por un alto riesgo de muerte hemorragica temprana, las recomendaciones actuales indican que el tratamiento temprano con tretinoina se inicie tan pronto como sea posible ante un caso de sospecha morfologica. Para seleccionar la estrategia de tratamiento debe tenerse en cuenta el riesgo de recaida, indicado mediante recuento pre-terapeutico de globulos blancos (RGB) y el recuento de plaquetas (puntuacion Sanz) con alto riesgo (RGB > 10x10⁹/L), el riesgo intermedio (RGB menor o igual 10x10⁹/L, recuento de plaquetas menor o igual 40 x 10⁹/L), y el bajo riesgo (RGB menor o igual 10x10⁹/L, recuento de plaquetas > 40x10⁹/L).</p>

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L02A	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL DIARIO 0,1MG 7 VIALES POLVO Y DIS PARA SOL INYECTABLE	FINANCIADO	- Infertilidad femenina: tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la inducción de la ovulación para la fertilización in vitro y transferencia de embrión (FIVTE). Resolución SA 0383/16 de 11 de noviembre de 2016 - Para el bloqueo de desarrollo puberal en pacientes que presentan al menos, estadio II de Tanner. Se excluyen pacientes prepúberes.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L02A	TRIPTORELINA	GONAPEPTYL DEPOT 3,75MG 1JER PREC POL Y DIS SOL IN	FINANCIADO	<p>En el Hombre: - Tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormono-dependiente.</p> <p>En la Mujer: - Miomas uterinos sintomáticos, cuando está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica como medida pre-operatoria para reducir el tamaño de los miomas individuales previa a la programación de la enucleación del mioma o histerectomía. - Endometriosis sintomática confirmada por laparoscopia, cuando por su extensión está indicada la supresión de la hormonogénesis ovárica ya que el tratamiento quirurgico no está indicado como primera medida.</p> <p>En Niños: - Tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) (niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años.)</p> <p>Resolución SA 0383/16 de 11 de noviembre de 2016</p> <p>- Para el bloqueo de desarrollo puberal en pacientes que presentan al menos, estadio II de Tanner. Se excluyen pacientes prepúberes.</p> <p>POR DICTAMEN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y DE LOS NO INCLUIDOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SNS:</p> <p>-Supresión del desarrollo puberal en personas transexuales, en la infancia y adolescencia.</p>
L03A	INTERFERON GAMMA 1B	IMUKIN 100MCG 1 VIAL 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	- Tratamiento coadyuvante a la antibioterapia para reducir la frecuencia de infecciones graves en pacientes con granulomatosis crónica (GC).
M01A	PIROXICAM			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
M01A	PIROXICAM	FELDENE FLAS 20MG 20 LIOFILIZADOS ORALES FELDENE 20MG 20 CAPSULAS DURAS PIROXICAM CINFA 20MG 20 COMPRIMIDOS DISPERSABL EFG	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO	-Alivio sintomático de artrosis, artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Observaciones: Debido a su perfil de seguridad, no es una opción de primera línea en la indicación de un antiinflamatorio no esteroideo, debiéndose basar su prescripción en una evaluación del riesgo global en cada paciente individual.
M04A	BENZBROMARONA	URINORM 100MG 30 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	- Su utilización está indicada únicamente en pacientes que no respondan o toleren el tratamiento con alopurinol en algunas de las siguientes situaciones: * Pacientes con gota severa (gota poliarticular o gota tofácea) en los que es imprescindible el control de la hiperuricemia. * Hiperuricemia en pacientes con insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina superior a 20 ml / min. * Hiperuricemia en pacientes con transplante renal. OBSERVACIONES: La primera prescripción la realizará un médico especialista en Reumatología o Nefrología, estableciéndose la indicación mediante el correspondiente informe clínico.
M05B	ROMOSOZUMAB			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
M05B	ROMOSOZUMAB	EVENITY 105MG 2 PLUMAS PRECARGADAS 1,17ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	La financiación se limita a mujeres con osteoporosis grave definidas como DMO menor o igual a -3,0 y elevado riesgo de fractura previamente tratadas con bifosfonatos o con contraindicación a estos, que hayan experimentado una fractura previa por fragilidad (fractura osteoporótica mayor en los 24 meses previos), sin antecedentes de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial coronaria (incluidas revascularizaciones y hospitalización por angina inestable). Los pacientes deben tener un riesgo cardiovascular bajo o moderado, según REGICOR (un riesgo menor del 10% en las tablas de Framingham-REGICOR) o un riesgo bajo o moderado, menor del 5% en las tablas del SCORE. Se establece criterio de parada de tratamiento en línea con la ficha técnica de 12 meses de duración de tratamiento.
N03A	ESTIRIPENTOL	DIACOMIT 250MG 60 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Esta indicado en combinación con clobazam y valproato como terapia adyuvante para las convulsiones tónico-clónicas generalizadas refractarias en pacientes con epilepsia mioclónica grave de la infancia (EMGI, síndrome de Dravet) cuyas convulsiones no se controlan adecuadamente con clobazam y valproato . - Está indicado como terapia coadyuvante en el tratamiento de las crisis asociadas al síndrome de Lennox-Gastaut en pacientes de 1 año de edad o mayores.
		DIACOMIT 250MG 60 SOBRES POLVO SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
	RUFINAMIDA	INOVELON 100MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
		INOVELON 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		INOVELON 40MG/ML 1 FRASCO DE 460ML SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
		INOVELON 400MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
N04B	APOMORFINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N04B	APOMORFINA	APODEV 5MG/ML 1 VIAL DE 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de las fluctuaciones motoras incapacitantes que persisten en los pacientes con Enfermedad de Parkinson, a pesar del tratamiento con Levodopa ajustado individualmente (con o sin inhibidor periférico de la decarboxilasa) y / u otros agonistas dopaminérgicos.
		APO-GO PEN 10MG/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS 3ML SOLUCION INYECT	FINANCIADO	
		APO-GO PFS 5MG/ML SOLUC PERFUSION EN 5 JERINGA PRECARGADA DE 10ML	FINANCIADO	
		APO-GO POD 5MG/ML 5 CARTUCHOS 20ML + 5 ADAPT SOL PARA PERFUSION	FINANCIADO	
		DACEPTON 5MG/ML 1 VIAL 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG	FINANCIADO	
		DACEPTON 5MG/ML 5 VIALES 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG	FINANCIADO	
	TOLCAPONE	TASMAR 100MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	-En combinación con levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa en el tratamiento de pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática sensibles a levodopa y con fluctuaciones motoras que no responden o son intolerantes a otros inhibidores de la COMT. -NOTA: Debido al riesgo de daño hepático agudo, potencialmente mortal, no se debe considerar como un tratamiento de primera línea complementario a levodopa/benserazida o levodopa/carbidopa. Si no se observan beneficios clínicos considerables dentro de las tres semanas posteriores al inicio del tratamiento, se debe suspender el tratamiento con Tasmar
N06B	LISDEXANFETAMINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06B	LISDEXANFETAMINA	ELVANSE ADULTOS 30MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en adultos solo en aquellos casos en los que la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada.
		ELVANSE ADULTOS 50MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		ELVANSE ADULTOS 70MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		ELVANSE 30MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		ELVANSE 50MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		ELVANSE 70MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la Enfermedad de Alzheimer en sus formas de leve a moderadamente grave.
		ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	ARICEPT FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSIBLES	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	
		ARICEPT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALMUS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALMUS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO ALTER 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO DURBAN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO DURBAN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO FLAS CINFA 10MG 28 COMP BUCODISP (BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS CINFA 5MG 28 COMP BUCODISP (BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 10MG 28 COMPRIM BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS PHARMA COMBIX 5MG 28 COMPRIM BUCODISPERSAB EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS STADA 5MG 28 COMPR BUCODISP(BLISTERPVC/PTCFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS STADA10MG 28 COMPR BUCODIS(BLISTER PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS TECNIGEN 10MG 28 COMPR BUCODISPERSABLES (AL/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO FLAS VIATRIS PHARMACEUTICALS 10MG 28 COMPRIM BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
DONEPEZILO FLAS VIATRIS PHARMACEUTICALS 5MG 28 COMPRIM BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
DONEPEZILO KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICU EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 10MG 28 COMPRIM BUCODISP (BLISTER PVC/PCTF/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 5MG 28 COMPR BUCODISPERS (BLIST PVC/PCTF/AL) EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO PENSA 10MG 28 COMPRIMID RECUB PELIC (BLISTER PVDC/PVC) EFG	FINANCIADO	
DONEPEZILO PENSA 5MG 28 COMPRIMID RECUB PELIC (BLISTER PVDC/PVC) EFG	FINANCIADO			
DONEPEZILO QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PEL EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO SUN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
DONEPEZILO SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
DONEPEZILO TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TECNIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TEVA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO UR 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO UR 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO UR 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO UR 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO VIATRIS 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO VIATRIS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	LIXBEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LIXBEN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LIXBEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LIXBEN 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		PEZIMAX 2MG/ML 1 FRASCO 150ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		SOLVERA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES (PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		SOLVERA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES (PVC/PCTFE/AL) EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
YASNAL 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
	DONEPEZILO CLORHIDRATO / MEMANTINA	DEZIPAR 10/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	Para la terapia de sustitucion en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer de moderada a grave adecuadamente controlada con donepezilo y memantina administrados simultaneamente a las mismas dosis que en la combinacion a dosis fijas, pero como medicamentos separados.
		DEZIPAR 10/20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		DOMEX 10/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		DOMEX 10/20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
	GALANTAMINA	GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 16MG 28 CAP DURAS LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la demencia tipo Alzheimer en sus formas de leves o moderadamente graves.
		GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 24MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 8MG 28 CAP DURAS LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA CINFA 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA CINFA 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	GALANTAMINA CINFA 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA COMBIX 16MG 28 CAPS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA COMBIX 24MG 28 CAPS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA COMBIX 8MG 28 CAPSUL DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA KERN PHARMA 16MG 28 CA DU LIB PR (BLIS PVC/PE/PVDC+AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA KERN PHARMA 24MG 28 CA DU LIB PR (BLIS PVC/PE/PVDC+AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA KERN PHARMA 8MG 28 CA DU LIB PR (BLIST PVC/PE/PVDC+AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA NORMON 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA NORMON 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA NORMON 4MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA NORMON 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
GALANTAMINA RATIO 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	GALANTAMINA RATIO 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA SANDOZ 16MG 28 CAPS DURAS LIBER PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA SANDOZ 24MG 28 CAPS DURAS LIBER PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA SANDOZ 8MG 28 CAPS DURAS LIBER PROL (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA STADA 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA STADA 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA STADA 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA TEVAGEN 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA TEVAGEN 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALANTAMINA TEVAGEN 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
GALANTAMINA VIATRIS 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD EFG	FINANCIADO			
GALANTAMINA VIATRIS 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	GALANTAMINA VIATRIS 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 16MG 28 CAPS DURAS LIBERACION PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 24MG 28 CAPS DURAS LIBERACION PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 8MG 28 CAPS DURAS LIBERACION PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		REMINYL 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA	FINANCIADO	
		REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGA	FINANCIADO	
		REMINYL 4MG/ML 100ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		REMINYL 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGAD	FINANCIADO	
	MEMANTINA	AXURA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR	FINANCIADO	- Tratamiento de pacientes con Enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.
		AXURA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		AXURA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		AXURA 5MG/PULSACION SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		DETAM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DETAM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		EBIXA 10MG 112 COMPRIMIDOS CON CUBIERTA PELICULAR	FINANCIADO	
		EBIXA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EBIXA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
EBIXA 5MG/PULSACION 100ML (200 DOSIS) SOLUCION ORAL	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	LONRELA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		LONRELA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MANTINEX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MARIXINO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MARIXINO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA ALTER 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA ALTER 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
MEMANTINA ARISTO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA ARISTO 10MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA ARISTO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 5MG/PULSN FRASCO 100ML SOLUC ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA CINFA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA CINFA 20MG 56 COMPRIMIDO RECUBIERTO CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA CINFA 5MG/PULSACION 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS CINFA 10MG112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS CINFA 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS COMBIX 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLE EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS COMBIX 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLE EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA FLAS NORMON 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS NORMON 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS STADAGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA FLAS STADAGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA KERN PHARMA 10MG 112 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA KERN PHARMA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA KERN PHARMA 20MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MABO 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MABO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MACLEODS 5MG/PULSACION 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA MYLAN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
MEMANTINA MYLAN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA NORMON 10MG 112 COMP RECUB PEL BLISTER PVDC/PVC/AL) EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA NORMON 20MG 56 COMP REC PEL (BLISTER PVDC/PVC/ALUM) EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PENSA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PENSA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PHARMA COMBIX 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA PHARMA COMBIX 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA QUALIGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA QUALIGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA SANDOZ 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA SANDOZ 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA STADA GENERICOS 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA STADA GENERICOS 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC EFG	FINANCIADO	

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	MEMANTINA STADA GENERICOS 5MG/PULSAC FRASCO 100ML SOLUC ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA SUN 10MG 112 COMPRIM REC PEL (BLIST PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA SUN 20MG 56 COMPRIM RECU PEL (BLIST PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TARBIS 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TARBIS 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TECNIGEN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TECNIGEN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TEVA 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TEVA 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA TEVA-RATIOPHARM 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
MEMANTINA TEVA-RATIOPHARM 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
MEMANTINA VIATRIS 5MG/PULSACION FRASCO DE 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	
N06D	MEMANTINA	MEMOREL FLAS 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO		
		MEMOREL FLAS 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO		
		NABILA 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		
		NABILA 10MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO		
		NABILA 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO		
		PROTALON 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO		
		PROTALON 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO		
	PROTALON 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
	MEMANTINA / MEMANTINA / MEMANTINA / ...	EBIXA 5/10/15/20MG 7X5+7X10+7X15+7X20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO		- Tratamiento de pacientes con Enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.
		MEMANTINA KERN PHARMA 5MG + 10MG + 15MG + 20MG 28 COMPRIMIDOS (7X5MG + 7X10MG + 7X15MG + 7X20MG) EFG	FINANCIADO		
MEMANTINA STADA (7 X 5MG +7 X 10MG + 7 X 15MG +7 X 20MG) 28 COM REC PEL EFG		FINANCIADO			
	RIVASTIGMINA				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD)	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la demencia de Alzheimer leve a moderadamente grave. - Tratamiento sintomático de la demencia leve a moderadamente grave en pacientes con enfermedad de Parkinson idiopática.
		ALZERTA DOS POR SEMANA 4,6MG/24 H 8 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD)	FINANCIADO	
		ALZERTA DOS POR SEMANA 9,5MG/24 H 16 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		ALZERTA 13,3MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		ALZERTA 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANS (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		ALZERTA 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANS (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		ALZERTA 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSD (SOBRE PAPEL/PET/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		EXELON 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 1,5MG 112 CAPSULAS GELATINA DURA	FINANCIADO	
		EXELON 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
EXELON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			
EXELON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	EXELON 3MG 112 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 3MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 4,6MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 6MG 112 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 6MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		NIMVASTID 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
NIMVASTID 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	NIMVASTID 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		PROMETAX 13,3MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD	FINANCIADO	
		PROMETAX 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		PROMETAX 4,6MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD	FINANCIADO	
		PROMETAX 9,5MG/24H 60 PARCHES (2 X 30) MULTIENVASE PARCHE TRANSD	FINANCIADO	
		RIVANEX 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVANEX 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVANEX 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
RIVANEX 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA ABABOR 2MG/ML 1 FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA ARISTO 13,3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 13,3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 60 (30X2) PARCHES TRANSD EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 9,5MG/24H 60 (30X2) PARCHES TRANSD EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA CINFA 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA COMBIX 2MG/ML FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA FARMALIDER 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA KERN PHARMA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 9, 5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG (AL/PVC/PVDC)	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA NORMON 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 6MG 112 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 6MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA NORMON 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ORTODROL 2MG/ML FRASCO 120ML C/ JERINGA DOSIFICADORA SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 2MG/ML 1 FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	

**MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO****DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO**

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA STADA 9,5 MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			
RIVASTIGMINA STADAFARMA 13,3MG/24 H 60 (2X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA STADAFARMA 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 3MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANSDERM (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 9,5MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TECNIGEN 9.5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA TEVA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TEVA 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TEVA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TEVA 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA UMANUS 2MG/ML FRASCO 120ML JERINGA DOSIF SOL ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H (2X30 SOBRES) 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIATRIS 4,6MG/24H 30 SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIATRIS 9,5MG/24H (2X30 SOBRES) 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
RIVASTIGMINA VIR 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
P01C	MEGLUMINA ANTIMONIATO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
P01C	MEGLUMINA ANTIMONIATO	GLUCANTIME 1500MG/5ML 10 AMPOLLAS 5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	Glucantime esta indicado para el tratamiento de las siguientes infecciones -Leishmaniasis visceral (Kala azar) -Leishmaniasis cutanea (Boton de oriente) y mucocutanea Se deben tener en cuenta las recomendaciones oficiales sobre el uso adecuado de agentes antiparasitarios
S01A	GANCICLOVIR	VIRGAN 1,5MG/G 1 TUBO 5G GEL OFTALMICO	FINANCIADO	Tratamiento de la queratitis superficial aguda causada por el virus Herpes simplex.
V03A	DEFERASIROX			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
V03A	DEFERASIROX	DEFERASIROX AUROVITAS 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO	<p>-Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes (=7ml/kg/mes de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años.</p> <p>-Tratamiento está indicado para el tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas cuando el tratamiento con deferoxamina esté contraindicado o no sea adecuado e los siguientes grupos de pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> * pacientes con otras anemias, * pacientes de 2 a 5 años, *pacientes con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes(<7ml/kg/mes de concentrado de hematíes).
		DEFERASIROX AUROVITAS 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX RATIOPHARM 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX TEVA 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX TEVA 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 360MG 30 COMPRIM RECUB PEL (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX VISO FARMACEUTICA 90MG 30 COMPRIM RECUB PEL (AL/PVC/PVDC) EFG	FINANCIADO	
		EXJADE 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EXJADE 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
V04C	ACIDO 5 AMINOLEVULINICO	FERUPANTIL 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	<p>Resolución SA 012/14 de 6 de febrero de 2014: "Tratamiento (a dosis de 10 mg/kg) de la sobrecarga férrica por hemocromatosis hereditaria homocigota C282Y en pacientes que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta a las sangrías terapéuticas periódicas".</p>
		FERUPANTIL 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
V04C	ACIDO 5 AMINOLEVULINICO	HEXVIX 85MG 1 VIAL+1JER POLVO Y DISOLV PARA SOLUCION INTRAVESICAL	FINANCIADO	- Este medicamento es únicamente para uso diagnóstico. Detección de cáncer de vejiga en pacientes con cáncer de vejiga conocido o alta sospecha del mismo conforme a los resultados de, por ejemplo, una cistoscopia de cribado o de una citología urinaria positiva.
	METACOLINA	PROVOCHOLINE 100MG 6 VIALES POLVO PARA SOLUCION PARA INHALACION POR NEBULIZADOR	FINANCIADO	- Indicado para el diagnóstico de la hiperreactividad de las vías aéreas bronquiales en pacientes sin asma clínicamente aparente.



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
A06A	LACTITOL MONOHIDRATO	OPONAF 10G/SOBRE 20 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL OPONAF 10G/SOBRE 50 SOBRES POLVO PARA SOLUCION ORAL	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Encefalopatía portosistémica y paraplejía.		
	LACTULOSA	DUPHALAC 10G SOLUCION ORAL EN SOBRE 10 STICKS DUPHALAC 10G SOLUCION ORAL EN SOBRE 50 STICKS DUPHALAC 667MG/ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 200ML DUPHALAC 667MG/ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML LACTULOSA LAINCO 10G 10 SOBRES SOLUCION ORAL EFG LACTULOSA LAINCO 3,33G/5ML SOLUCION ORAL 1 BOTELLA DE 800ML EFG LACTULOSA LAINCO 3,33G/5ML 1 BOTELLA DE 200 ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Encefalopatía portosistémica y paraplejía.		
	METILNALTREXONA BROMURO	RELISTOR 12MG/0,6ML 1 VIAL 0,6ML SOLUCION INYECTABLE RELISTOR 12MG/0,6ML 7 VIALES + 7 JERINGAS PRECARGADAS SOL INYECTABLE	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	-Pacientes oncológicos.		
	NALDEMEDINA	RIZMOIC 200MCG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Financiación restringida a la indicación: Tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos oncológicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.		



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
A06A	NALOXEGOL	MOVENTIG 12,5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA MOVENTIG 25MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (EIO) en pacientes adultos oncologicos con una respuesta inadecuada a los laxantes.		
	PLANTAGO OVATA	PLANTAGO OVATA CINFA 3,5G 30 SOBR POLVO SUSPE ORAL PLANTAGO OVATA LAINCO 3,5G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL PLANTAGO OVATA MADAUS 3,5G 30 SOBRES POLVO EFERVESCENTE	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Enfermedad de crohn, colon irritable y diverticulosis.		
C10A	ESTERES ETILICOS DE LOS ACIDOS OMEGA 3	ACIDOS OMEGA 3 KERN PHARMA 1.000MG 100 CAPSULAS BLANDAS EFG ACIDOS OMEGA 3 KERN PHARMA 1.000MG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG ACIDOS OMEGA 3 STRIDES 1000MG 100 CAPSULAS BLANDAS EFG ACIDOS OMEGA 3 STRIDES 1000MG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG OMACOR 1000MG 100 CAPSULAS BLANDAS OMACOR 1000MG 28 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Pacientes con hipertrigliceridemia grave en la que los fibratos están contraindicados.		
N06A						



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N06A	BUPROPION HIDROCLORURO	ZYNTABAC 150MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA ZYNTABAC 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Zyntabac comprimidos, conjuntamente con un apoyo motivacional, esta indicado para ayudar a dejar de fumar en pacientes con dependencia a la nicotina. Condiciones de financiación: - Para realizar la prescripción del medicamento los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituación tabáquica que este implementado en la CCAA/ INGESA o Mutualidades. Además, los pacientes tienen que cumplir las siguientes características: -Pacientes que tengan motivación expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el último año. -Pacientes que fumen 10 cigarrillos o más al día y tengan además, un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström > o igual 7. - Se financiará un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacológico. -La prescripción de este medicamento se restringe a los/las médicos profesionales que así se definan en el programa de deshabituación tabáquica en cada CCAA/INGESA o Mutualidad. -Cada prescripción se realizará por un envase, lo que equivale a un mes de tratamiento, debiéndose valorar la evolución de la efectividad del tratamiento con carácter previo a la emisión de la siguiente receta. -Los pacientes deberán ser tratados durante 7-9 semanas. El tratamiento deberá ser interrumpido si no se observa efecto alguno a las siete semanas. -La dispensación de este medicamento se realizará por el sistema de receta electrónica del SNS.		



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N07B	CITISINICLINA (CITISINA)	RECIGARUM 1,5MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG TODACITAN 1,5MG 100 COMPRIMIDOS EFG TODACITAN 1,5MG 100 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Todacitan esta indicado en adultos para el tratamiento de la dependencia tabaquica y reduccion de la ansiedad de la dependencia a la nicotina en fumadores que esten dispuestos a dejar de fumar.</p> <p>Condiciones de financiacion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para realizar la prescripcion del medicamento los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabitacion tabaquica que este implementado en la CCAA/ INGESA o Mutualidades. Ademas, los pacientes tienen que cumplir las siguientes características: -Pacientes que tengan motivacion expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el ultimo año. -Pacientes que fumen 10 cigarrillos o mas al día y tengan ademas, un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström > o igual 7. - Se financiara un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacologico. -La prescripcion de este medicamento se restringe a los/las medicos profesionales que asi se definan en el programa de deshabitacion tabaquica en cada CCAA/INGESA o Mutualidad. -Cada prescripcion se realizara por un envase, lo que equivale a 25 dias de tratamiento. -El tratamiento sera como maximo hasta 25 días, tal y como esta descrito en ficha tecnica, lo que equivale a un envase. -La dispensacion de este medicamento se realizara por el sistema de receta electronica del SNS. 		



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N07B	VARENICLINA	<p>BYTEQI 0,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>BYTEQI 1MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CUITVAR 0,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CUITVAR 1MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>VARENICLINA NORMON 0,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>VARENICLINA NORMON 1MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p>	<p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p>	<p>Vareniclina esta indicado en adultos para dejar de fumar.</p> <p>Condiciones de financiacion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para realizar la prescripcion del medicamento los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituacion tabaquica que este implementado en la CCAA/ INGESA o Mutualidades. Ademas, los pacientes tienen que cumplir las siguientes características: -Pacientes que tengan motivacion expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el ultimo año. -Pacientes que fumen 10 cigarrillos o mas al dia y tengan ademas, un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström > o igual 7. - Se financiara un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacologico. -La prescripcion de este medicamento se restringe a los/las medicos profesionales que asi se definan en el programa de deshabituacion tabaquica en cada CCAA/INGESA o Mutualidad. -Cada prescripcion se realizara por un envase, lo que equivale a un mes de tratamiento, debiendose valorar la evolucion de la efectividad del tratamiento con caracter previo a la emision de la siguiente receta. -El tratamiento sera como maximo hasta las doce semanas, tal y como esta descrito en ficha tecnica. -La dispensacion de este medicamento se realizara por el sistema de receta electronica del SNS. 		



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N07B	VARENICLINA / VARENICLINA	BYTEQI 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG CUIVAR 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG VARENICLINA NORMON 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Vareniclina esta indicado en adultos para dejar de fumar. Condiciones de financiacion: - Para realizar la prescripcion del medicamento los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituacion tabaquica que este implementado en la CCAA/ INGESA o Mutualidades. Ademas, los pacientes tienen que cumplir las siguientes características: -Pacientes que tengan motivacion expresa de dejar de fumar que se pueda constatar con un intento de dejar de fumar en el ultimo año. -Pacientes que fumen 10 cigarrillos o mas al dia y tengan ademas, un alto nivel de dependencia calificado por el test de Fagerström > o igual 7. - Se financiara un intento anual por paciente para dejar de fumar con apoyo farmacologico. -La prescripcion de este medicamento se restringe a los/las medicos profesionales que asi se definan en el programa de deshabituacion tabaquica en cada CCAA/INGESA o Mutualidad. -Cada prescripcion se realizara por un envase, lo que equivale a un mes de tratamiento, debiendose valorar la evolucion de la efectividad del tratamiento con caracter previo a la emision de la siguiente receta. -El tratamiento sera como maximo hasta las doce semanas, tal y como esta descrito en ficha tecnica. -La dispensacion de este medicamento se realizara por el sistema de receta electronica del SNS.		
R05D						



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
R05D	CODEINA	CODEISAN 28,7MG 10 COMPRIMIDOS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Pacientes neoplásicos con tos persistente.		
		CODEISAN 28,7MG 20 COMPRIMIDOS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Por DICTAMEN FAVORABLE del "Comité técnico para la utilización de medicamentos en situaciones especiales y de los no incluidos en la financiación del SNS": Tratamiento de síndrome de intestino corto/ileostomía de alto débito, sólo o asociada con Loperamida.		
		FLUDAN CODEINA 10MG/5ML 200ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
		HISTAVERIN 10MG/5ML JARABE FRASCO CON 250ML	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
		TOSEINA 2MG/ML 250ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
	DEXTROMETORFAN	PROPALCOF 15MG/ML 1 FRASCO DE 20 ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Pacientes neoplásicos con tos persistente.		
	DIHIDROCODEINA	TOSIDRIN 10MG/ML 1 FRASCO 15ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Pacientes neoplásicos con tos persistente.		
		TOSIDRIN 10MG/ML 1 FRASCO 30ML GOTAS ORALES EN SOLUCION	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
	NOSCAPINA	TUSCALMAN 15MG 20 SUPOSITARIOS NIÑOS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Pacientes neoplásicos con tos persistente.		
		TUSCALMAN 3MG/ML 150ML JARABE	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
S01X	CARBOMERO	OFARSIN 2MG/G 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,6G GEL OFTALMICO	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjörgen.		
		SICCAFLUID 0,25% 10G GEL OFTALMICO	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
		SICCAFLUID 2,5MG/G GEL OFTALMICO 30 ENVASES UNIDOSIS 0,5 G	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
		SICCAFLUID 2,5MG/G GEL OFTALMICO 60 ENVASES UNIDOSIS 0,5 G	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
S01X	CARMELOSA	VISCOFRESH 1% 30 UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO VISCOFRESH 5MG/ML 10 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO EN SOLUCION VISCOFRESH 5MG/ML 30 ENVASES UNIDOSIS 0,4ML COLIRIO EN SOLUCION	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos del síndrome de Sjörgen.		
	HIPROMELOSA / SODIO CLORURO	ACUOLENS 3MG/ML + 5,5MG/ML COLIRIO EN SOLUC 30 ENVASES UNIDOSIS DE 0,5ML	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos del Síndrome de Sjörgen.		
	POVIDONA	OCULOTECT 50MG/ML FRASCO 10ML COLIRIO EN SOLUCION	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos del síndrome de Sjörgen.		
	SODIO CLORURO	HIDRATHEA 9MG/ML 1 FRASCO DE 10ML COLIRIO EN SOLUCION	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos del síndrome de Sjörgen.		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
A06A	LINACLOTIDA	CONSTELLA 290MCG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Constella esta indicado para el tratamiento sintomatico del síndrome del intestino irritable con estreñimiento (SII-E) de carácter grave en adultos que no hayan respondido adecuadamente a ninguno de los tratamientos de elección del SII-E disponibles o que sean intolerantes a los mismos.		
A10A	INSULINA DEGLUDEC	TRESIBA 100U/ML 5 PLUMAS PRECARGADAS DE 3ML SOLUCION INYECTABLE TRESIBA 100UNIDADES/ML 5 CARTUCHOS 3ML SOLUCION INYECTABLE TRESIBA 200U/ML 3 PLUMAS PRECARGADAS DE 3ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Su uso se restringe al tratamiento de pacientes diabéticos tipo 1 y 2 tratados con insulinas y análogos de insulina de acción prolongada que necesitan dos inyecciones basales diarias y que se caracterizan por riesgo relativamente alto de sufrir hipoglucemias.		
A10B	CANAGLIFLOZINA	INVOKANA 300MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Tratamiento de aquellos pacientes diabéticos que con la dosis de 100mg de canaglifozina no alcanzan el control glucémico.		
	DULAGLUTIDA	TRULICITY 0,75MG 4 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE TRULICITY 1,5MG 4 PLUMAS PRECARGADAS SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un índice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m ² y en terapia combinada con otros antidiabéticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando estos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucémico adecuado.		
	LINAGLIPTINA / EMPAGLIFLOZINA	GLYXAMBI 10/5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA GLYXAMBI 25/5MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	PACIENTES QUE ESTEN EN TRATAMIENTO CON LINAGLIPTINA Y EMPAGLIFOZINA POR SEPARADO DESPUES DE HABER COMPROBADO QUE RESPONDEN ADECUADAMENTE A LOS DOS ANTIDIABETICOS SIN ASOCIAR, ES DECIR EN AQUELLOS EN LOS QUE EL TRATAMIENTO ESTA ESTABILIZADO Y ES EFECTIVO		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
A10B	LIRAGLUTIDA	VICTOZA 6MG/ML 2 PLUMAS PRECAR 3ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Pacientes con sobrepeso con indice de masa corporal igual o mayor a 30 kg/m2 que reunan las indicaciones terapeuticas autorizadas del tratamiento de adultos, adolescentes y niños a partir de 10 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 para alcanzar el control glucemico en combinacion con medicamentos hipoglucemiantes orales y/o insulina basal cuando estos, junto con dieta y ejercicio, no logran un control glucemico adecuado.		
	METFORMINA / CANAGLIFLOZINA	VOKANAMET 150/1000MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Tratamiento de aquellos pacientes diabeticos que con la dosis de 50mg/850mg o 50mg/1000mg de metformina/canagliflozina no alcanzan el control glucemico.		
		VOKANAMET 150/850MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
SEMAGLUTIDA	OZEMPIC 0,25MG 1 PLUMA PRECARGADA 1,5ML SOLUCION INYECTABLE OZEMPIC 0,5MG 1 PLUMA PRECARGADA 1,5ML SOLUCION INYECTABLE OZEMPIC 1MG 1 PLUMA PRECARGADA 3ML SOLUCION INYECTABLE RYBELSUS 14MG 30 COMPRIMIDOS RYBELSUS 3MG 30 COMPRIMIDOS RYBELSUS 7MG 30 COMPRIMIDOS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en obesos con un indice de masa corporal igual o mayor de 30Kg/m2 y en terapia combinada con otros antidiabeticos (no en monoterapia), incluyendo insulina, cuando estos, junto con la dieta y el ejercicio, no proporcionan un control glucemico adecuado.			
A16A						

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
A16A	CARNITINA	<p>CARNICOR 100MG/ML 10 VIALES BEBIBLES 10ML SOLUCION ORAL</p> <p>CARNICOR 300MG/ML 1 FRASCO 40ML SOLUCION ORAL</p> <p>CARNICOR 200MG/ML 10 AMPOLLAS 5ML SOLUCION INYECTABLE</p>	<p>FINANCIADO</p> <p>FINANCIADO</p> <p>FINANCIADO</p>	<p>" Carnicor solución oral está indicado en niños y adultos en las siguientes situaciones: " - Tratamiento de las deficiencias primarias y secundarias de L-carnitina " - Tratamiento de la encefalopatía hiperamonemica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valproico " - Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valproico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad</p> <p>Carnicor solución inyectable está indicado en niños y adultos en las siguientes situaciones: " - Tratamiento de las deficiencias primarias y secundarias de L-carnitina " - Tratamiento de la encefalopatía hiperamonemica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valproico " - Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valproico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad -Tratamiento de la deficiencia secundaria de L-carnitina en pacientes sometidos a hemodiálisis a largo plazo.</p>		
B01A	APIXABAN	<p>ELIQUIS 2,5MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA</p> <p>ELIQUIS 2,5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA</p> <p>ELIQUIS 5MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA</p>	<p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p>	<p>Enlace</p> <p>Enlace</p>		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	CLOPIDOGREL	<p>AGRELAN 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELI (BLISTER PVC/PE/PVDC) EFG</p> <p>CLOPIDOGREL ABABOR 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL ALMUS 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTO CON PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL ALMUS 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL ALTER 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL ALTER 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL ALTER 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL AUROVITAS 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG</p> <p>CLOPIDOGREL AUROVITAS 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG</p> <p>CLOPIDOGREL AUROVITAS 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG</p> <p>CLOPIDOGREL CINFAMED 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA</p>	<p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p>	<p>Está indicado en:</p> <p>-Pacientes adultos que han sufrido recientemente un infarto agudo de miocardio (desde pocos días antes hasta un máximo de 35 días), un infarto cerebral (desde 7 días antes hasta un máximo de 6 meses después) o que padecen enfermedad arterial periférica establecida.</p> <p>-Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, en combinación con AAS en pacientes sometidos a una intervención coronaria percutánea (incluyendo pacientes sometidos a la colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica/fibrinolítica.</p> <p>-Pacientes adultos con fibrilación auricular que tienen al menos un factor de riesgo para acontecimientos vasculares, que no son elegibles para el tratamiento con antagonistas de la Vitamina K (AVK) y que tienen un índice de hemorragia bajo, clopidogrel en combinación con AAS está indicado para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos y tromboembólicos, incluyendo accidente cerebrovascular.</p> <p>-Pacientes adultos que presentan un síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (angina inestable o infarto agudo de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea, en combinación con ácido acetilsalicílico (AAS).</p> <p>INDICACIONES AUTORIZADAS POR RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN DE LAS DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS.</p> <p>Resolución 0158/2011. Tratamiento de pacientes con angina estable que presenten contraindicación o intolerancia al ácido acetilsalicílico.</p> <p>Resolución 0272/11. Tratamiento de pacientes con accidente isquémico transitorio que presenten contraindicación o intolerancia al ácido acetilsalicílico.</p>	<p>Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.</p>	<p>Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.</p>



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL CINFAMED 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL CINFAMED 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG CLOPIDOGREL ESSETI 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL KERN PHARMA 75MG 28 COMPRIMIDO RECUBIERTOS PELIC EFG CLOPIDOGREL KERN PHARMA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICU EFG CLOPIDOGREL KERN PHARMA 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG CLOPIDOGREL KRKA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG CLOPIDOGREL KRKA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG CLOPIDOGREL MABO 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG CLOPIDOGREL MABO 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES		Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	CLOPIDOGREL	<p>CLOPIDOGREL MABO 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL NORMON 75MG 28 COMP REC PEL (BLISTER AL/PVC/AL/PA) EFG</p> <p>CLOPIDOGREL NORMON 75MG 50 COMPR RECUB PEL (AL/AL-POLIAMIDA-PVC) EFG</p> <p>CLOPIDOGREL NORMON 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL OPKO 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL PENSA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL PHARMA COMBIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PEL (AL/AL) EFG</p> <p>CLOPIDOGREL PHARMA COMBIX 75MG 50 COMPRIM RECUB PELICULA (AL/AL) EFG</p> <p>CLOPIDOGREL PHARMA COMBIX 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUB PELICULA EFG</p> <p>CLOPIDOGREL QUALIGEN 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG</p>	<p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p> <p>FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES</p>		<p>Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.</p>	<p>Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.</p>



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL QUALIGEN 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL QUALIGEN 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG CLOPIDOGREL SANDOZ 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL SANDOZ 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL SANDOZ 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL STADA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG CLOPIDOGREL STADA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL STADA 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL SUN 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL TARBIS 75MG 28 COMPRIM REC PELIC (BLIST PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES		Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL TARBIS 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG CLOPIDOGREL TARBIS 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG CLOPIDOGREL TECNIGEN 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL TECNIGEN 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG CLOPIDOGREL TEVA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL TEVA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL TEVA 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG CLOPIDOGREL VIATRIS 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC (PVC/PE/PVDC-ALU) EFG CLOPIDOGREL VIATRIS 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC (PVC/PE/PVDC-ALU) EFG CLOPIDOGREL VIR PHARMA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG CLOPIDOGREL VIR PHARMA 75MG 50 COMPRIMIDOS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES		Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	CLOPIDOGREL	CLOPIDOGREL VIR PHARMA 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG CLOPIDOGREL VISO FARMACEUTICA 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG CLOPIDOGREL VISO FARMACEUTICA 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUB PELIC EFG ISCOVER 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA MABOCLOP 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA PLAVIX 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA PLAVIX 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA PLAVIX 75MG 84 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES		Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	CLOPIDOGREL	VATOUD 75MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG VATOUD 75MG 50 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES		Instrucciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
	CLOPIDOGREL / ACETILSALICILICO ACIDO	DUOPLAVIN 75/100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA DUOPLAVIN 75/100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO FINANCIADO	- Prevención de acontecimientos trombóticos en pacientes adultos que ya están tomando clopidogrel y ácido acetil-salicílico(AAS).Combinación de medicamentos a dosis fijas para el tratamiento de continuación en: *Síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST(angina inestable o infarto de miocardio sin onda Q), incluyendo pacientes a los que se le ha colocado un stent después de una intervención coronaria percutánea. *Pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST (IAMSEST), en pacientes sometidos a ICP (incluyendo pacientes sometidos a colocación de un stent) o que son candidatos a terapia trombolítica.		

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	DABIGATRAN	DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 110MG 10 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO CINFA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 110MG 10 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO KRKA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO NORMON 110MG 10 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO NORMON 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO NORMON 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO NORMON 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO NORMON 75MG 30	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Enlace		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	DABIGATRAN	DABIGATRAN ETEXILATO NORMON 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO PENSA 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO STADAFARM 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO TECNIGEN 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO TECNIGEN 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 75MG 30 CAPSULAS DURAS EFG DABIGATRAN ETEXILATO TEVAGEN 75MG 60	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	DABIGATRAN	DABIGATRAN ETEXILATO VIATRIS 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG PRADAXA 110MG 10 CAPSULAS DURAS PRADAXA 110MG 30 CAPSULAS DURAS PRADAXA 110MG 60 CAPSULAS DURAS PRADAXA 150MG 60 CAPSULAS DURAS PRADAXA 75MG 30 CAPSULAS DURAS PRADAXA 75MG 60 CAPSULAS DURAS PRIVENAX 110MG 30 CAPSULAS DURAS EFG PRIVENAX 110MG 60 CAPSULAS DURAS EFG PRIVENAX 150MG 60 CAPSULAS DURAS EFG PRIVENAX 75MG 60 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	EDOxaban	LIXIANA 15MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA LIXIANA 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA LIXIANA 60MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Enlace		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	PRASUGREL	EFIENT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	- En administración conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), está indicado para la prevención de eventos aterotrombóticos en pacientes con síndrome coronario agudo (p.ej. angina inestable, infarto de miocardio sin elevación del segmento ST [AI/IMSEST] o infarto de miocardio con elevación del segmento ST [IMEST]) sometidos a intervención coronaria percutánea (ICP) primaria o aplazada.		
		EFIENT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		EFIENT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		EFIENT 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		PRASUGREL COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELIC EFG	FINANCIADO			
		PRASUGREL KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		PRASUGREL QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		PRASUGREL RATIOPHARM 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO			
		PRASUGREL STADAGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		PRASUGREL TEVA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
B01A	RIVAROXABAN	XARELTO 10MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA XARELTO 10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA XARELTO 15MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA XARELTO 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Enlace		
	SULODEXIDA	ATERINA 15MG 60 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Su uso se restringe al Tratamiento de la insuficiencia venosa cronica exclusivamente para pacientes en estadios C3* (*solo con edema moderado o grave de la escala VCSS) a C6 de la clasificacion clinica CEAP. La duracion del tratamiento son tres meses.		
	TICAGRELOR	BRILIQUE 90MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA BRILIQUE 60MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	- Administrado conjuntamente con acido acetilsalicilico (AAS), esta indicado para la prevencion de acontecimientos aterotromboticos en pacientes adultos con Sindromes Coronarios Agudos (angina inestable, infarto de miocardio sin elevacion del segmento ST [IMSEST] o infarto de miocardio conelevacion del segmento S T [IMCEST]), incluidos los pacientes controlados con tratamiento medico y los sometidos a una intervencion coronaria percutanea (ICP) o a un injerto de derivacion de arteria coronaria (IDAC). Administrado conjuntamente con ácido acetilsalicílico (AAS), para la prevención de acontecimientos aterotrombóticos en pacientes adultos con antecedentes de infarto de miocardio (IM) como terapia de continuación del ticagrelor 90mg y con alto riesgo de desarrollar un acontecimiento aterotrombótico, es decir, con al menos uno de los siguientes factores de riesgo de aterotrombosis: edad mayor o igual a 65 años, diabetes mellitus que precisa medicación, un segundo IM anterior, evidencia de ECA (enfermedad arterial coronaria) en múltiples vasos, o disfunción renal crónica en fase no terminal.		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
C01D	VERICIGUAT	VERQUVO 10MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA VERQUVO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA VERQUVO 2,5MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA VERQUVO 5MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Verquvo está indicado para el tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica sintomática en pacientes adultos con fracción de eyección reducida que están estabilizados después de un episodio reciente de descompensación que requirió tratamiento por vía intravenosa (ver sección 5.1). Se limita su dispensación, mediante visado, al tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica en pacientes adultos con fracción de eyección reducida, menor de 40%, que hayan presentado descompensaciones recientes con necesidad de diurético intravenoso a pesar de tratamiento médico óptimo y que tras la descompensación se encuentren estables y euvolémicos, con especial precaución en pacientes de edad avanzada, por la mayor susceptibilidad de efectos adversos en este grupo y por un posible menor beneficio en eficacia.		
C03D	FINERENONA	KERENDIA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA KERENDIA 20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Kerendia está indicado en adultos para el tratamiento de la enfermedad renal crónica (con albuminuria) asociada a diabetes tipo 2. // En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado para para el tratamiento en pacientes adultos de la enfermedad renal crónica (filtrado glomerular estimado mayor o igual a 25 ml/min/1.73 m2) asociada a diabetes tipo 2, que cumplan los criterios de Ratio Albumina Creatinina en orina [RAC] superior o igual a 30 mg/g, y no estén controlados pese al tratamiento con dosis estables optimizadas de IECA o ARA2 y/o iSGLT2, o que presenten intolerancia a IECA o ARA2 o bien a iSGLT2.		
C10A						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
C10A	ACIDO BEMPEDOICO	NILEMDO 180MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Está indicado en adultos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o de alto riesgo para reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de C-LDL, como tratamiento complementario a la corrección de otros factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - en pacientes que toman la dosis máxima tolerada de una estatina con o sin ezetimiba o, - solo o en combinación con ezetimiba en pacientes que no toleran las estatinas o para los que estas están contraindicadas. <p>En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.</p>		
	COLESEVELAM	CHOLESTAGEL 625MG 180 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	<p>-En combinación con un inhibidor de la 3-hidroxi-3-metil-glutaril-coenzima A (HGM-CoA) reductasa (estatina), esta indicado como tratamiento coadyuvante a la dieta para proporcionar una reducción adicional en las concentraciones de colesterol de lipoproteína de baja densidad (C-LDL) en aquellos pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria que no están controlados adecuadamente solo con estatina.</p> <p>- En monoterapia, esta indicado como tratamiento coadyuvante a la dieta para la reducción del colesterol total y del C-LDL elevados, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria para los que el tratamiento con estatinas es inapropiado o no es bien tolerado.</p> <p>-Se puede utilizar junto con ezetimiba, con o sin estatina, en pacientes adultos con hipercolesterolemia primaria incluyendo a los pacientes con hipercolesterolemia familiar.</p>		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
C10A	ICOSAPENTO DE ETILO	VAZKEPA 998MG 120 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Indicación financiada: reducción del riesgo de eventos cardiovasculares en pacientes adultos con diagnóstico de enfermedad arteriosclerótica* y con un riesgo alto de eventos cardiovasculares, con tratamiento optimizado y valores de C-LDL entre > 40 mg/dL y = 100 mg/dL y en los que los valores de triglicéridos persisten elevados (> 150 mg/dL) a pesar del tratamiento con estatinas +/- otros hipolipemiantes a dosis máximas toleradas. * Enfermedad arteriosclerótica: 1. Síndrome coronario agudo (como infarto de miocardio o angina inestable) necesitando hospitalización, o 2. Procedimientos de revascularización coronaria u otras arterias, o 3. Enfermedad coronaria crónica, o 4. ACV isquémico, o 5. Enfermedad arterial periférica		
	ROSUVASTATIN A	ARROX 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA ROSUVASTATINA KRKA 30MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Uso restringido para pacientes con hipercolesterolemia severa con alto riesgo cardiovascular (especialmente pacientes con hipercolesterolemia familiar) que no alcancen sus objetivos de tratamiento con 20 mg, y en los que se llevara a cabo un seguimiento rutinario bajo la supervisión del especialista.		
C10B						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
C10B	ACIDO BEMPEDOICO / EZETIMIBA	NUSTENDI 180/10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Está indicado en adultos con enfermedad cardiovascular aterosclerótica establecida o de alto riesgo para reducir el riesgo cardiovascular al disminuir los niveles de C-LDL, como tratamiento complementario a la corrección de otros factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En pacientes que toman la dosis máxima tolerada de una estatina y no están adecuadamente controlados con el tratamiento adicional de ezetimiba, o - En pacientes que no toleran las estatinas, o para los que estas están contraindicadas, y no están adecuadamente controlados con el tratamiento de ezetimiba, o - En pacientes ya en tratamiento con ácido bempedoico y ezetimiba combinados en comprimidos separados. <p>En el ámbito del SNS se limita su dispensación, mediante visado, a pacientes con hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HFHe) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas y a pacientes con enfermedad vascular aterosclerótica (EVA) no controlados con la dosis máxima de estatina + ezetimiba, o con ezetimiba en caso de intolerancia o contraindicación a estatinas.</p>		
D06B	TIRBANIBULINA	KLISYRI 10MG/G 5 SOBRES DE 250MG POMADA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Klisyri está indicado para el tratamiento tópico de la queratosis actínica no hiperqueratósica y no hipertrófica (grado 1 de Olsen) de la cara o del cuero cabelludo en adultos //</p> <p>En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se establecen reservas singulares consistente en limitar su dispensación, mediante visado, para aquellos pacientes con queratosis actínica múltiples o que requieran tratamiento del campo de cancerización, no candidatos por contraindicación, intolerancia o falta de eficacia a la terapia fotodinámica o al resto de tratamientos tópicos.</p>		
G03C	ESTROGENOS CONJUGADOS / BAZEDOXIFENO ACETATO	DUAVIVE 0,45/20MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION MODIFICADA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Tratamiento en segunda línea para el manejo de los síntomas asociados a la deficiencia de estrógenos en mujeres que no son candidatas a una terapia con progestágenos.</p>		
G03X						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
G03X	ULIPRISTAL ACETATO	ESMYA 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	El acetato de ulipristal esta indicado para el tratamiento preoperatorio de los síntomas moderados y graves de miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva siendo el tratamiento hasta dos ciclos de tres meses. Tratamiento intermitente repetido de los síntomas moderados y graves de los miomas uterinos en mujeres adultas en edad reproductiva.		
G04B	ACETOHIDROXAMICO ACIDO	URONEFREX 125MG 50 CAPSULAS	FINANCIADO	- Exclusivamente urolitiasis originadas por infecciones urinarias por gérmenes productores de ureasa (Proteus, Pseudomonas y Klebsiellas).	O. M. 13-5-85; C. 39/85 Consejería de Salud; Concierto Farmacias.	Urólogos, Nefrólogos y Medicina Interna.
		URONEFREX 250MG 50 CAPSULAS	FINANCIADO	- Especialmente cuando hayan fracasado otras terapéuticas. - Prevención de recurrencias en pacientes a los que se han extraído cálculos de origen infeccioso.		
	ALPROSTADIL	ALPROSTADIL RECORDATI 3MG/G 100MG 4 APLICADORES CREMA VIRIREC 3MG/G 100MG 4 APLICADORES CREMA	FINANCIADO FINANCIADO	Tratamiento de hombres mayor o igual a 18 años de edad con disfuncion erectil, con incapacidad para obtener o mantener una ereccion adecuada para una actividad sexual satisfactoria.		
G04C						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
G04C	DUTASTERIDA	AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	- Tratamiento de los síntomas de moderados a graves de la hiperplasia benigna de próstata (HBP).	Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS
		AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	- Reducción del riesgo de retención aguda de orina y de cirugía en pacientes con síntomas de moderados a graves de HBP.		
		AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			
		AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			
		AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			
		AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			
		AVIDART 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO			
		DUTACAP 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA ARISTO 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA AUROVITAS 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA CINFA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA KERN PHARMA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA KRKA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA PENZA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA RATIOPHARM 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA STADA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			
		DUTASTERIDA TECNIGEN 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO			

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**OTROS MEDICAMENTOS**

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
G04C	DUTASTERIDA	DUTASTERIDA TEVA 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG DUTASTERIDA VIATRIS 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG DUTASTERIDA VIR 0,5MG 30 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO		Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
G04C	FINASTERIDA	FINASTERIDA ALMUS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	- Indicado en el tratamiento de la Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) sintomática en varones con aumento de tamaño de la próstata con objeto de : * Mejorar los síntomas. * Reducir el riesgo de retención urinaria aguda. * Reducir la necesidad de cirugía, incluídas la resección transuretral de la próstata (RTUP) y la prostatectomía. - Finasterida produce regresión del crecimiento prostático, mejora el flujo urinario y mejora los sintomas relacionados con la HBP.	Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Continuación de Tratamiento: Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS
		FINASTERIDA ALTER 5MG 28 COMPRIM RECUBI PELICU EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA BENEL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA CINFA 5MG 28 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA MABO 5MG 28 COMPRIM RECUB PELICULA EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA PENSA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PEL EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA QUALIGEN 5MG 28 COMPRIM RECUB PELI EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA RATIOPHARM 5MG 28 COMPR RECUB PELI EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
G04C	FINASTERIDA	FINASTERIDA TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMID RECU PEL EFG	FINANCIADO		Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Continuación de Tratamiento: Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS
		FINASTERIDA TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PELI EFG	FINANCIADO			
		FINASTERIDA VIR 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		LITACE 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
H01C	NAFARELINA	SYNAREL 200MCG/PULV 1 FRASCO 8ML SOLUCION PULVERIZACION NASAL	FINANCIADO	- Endometriosis de localización genital y extragenital (del estadio I al IV). - Programas de estimulación ovárica controlada, previos a la fertilización "in vitro", bajo la supervisión de un especialista.	Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Continuación de Tratamiento: Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**OTROS MEDICAMENTOS**

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
H01C	RELUGOLIX / ESTRADIOL / NORETISTERO NA	RYEQO 40MG/1MG/0,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Se establecen reservas singulares en el ambito del SNS, consistente en limitar su dispensacion mediante visado para el tratamiento de pacientes:</p> <p>Con fibromas uterinos y con sintomas moderados o graves que interfieran su calidad de vida, con importante sangrado menstrual asociado a dichos fibromas (≥ 80 mL por ciclo durante 2 ciclos o ≥ 160 mL en un ciclo medido por el metodo de la hematina alcalina, si esta tecnica estuviera disponible, o medido mediante escala debidamente validada) y sin historial de problemas cardiovasculares o tromboembolicos o en las que no sea adecuada la cirugia radical (histerectomia) y que no deseen concebir durante el tratamiento.</p> <p>Tras un año de tratamiento, se debera realizar valoracion de la masa osea mediante absorciometria de rayos X de energia dual (DXA) o tecnica similar disponible, para poder continuar con el tratamiento.</p> <p>Tratamiento sintomático de endometriosis en mujeres adultas en edad reproductiva con antecedentes de tratamiento médico o quirúrgico previo, restringida a mujeres con endometriosis confirmada por visualización directa durante intervención quirúrgica, confirmación histológica y/o técnicas de diagnóstico por imagen, y que padezcan dolor de moderado a intenso evaluado según una escala de valoración numérica (NRS) de 11 puntos, que concretamente obtengan una puntuación en la escala NRS $\geq 4,0$ en al menos 2 días para dismenorrea y:</p> <p>" Tengan una puntuación media NRS (obtenida de la medición del dolor durante los 35 días previos) para dolor pélvico no menstrual (DPNM) $\geq 2,5$; o</p> <p>" Tengan una puntuación media NRS (obtenida de la medición del dolor durante los 35 días previos) para DPNM $\geq 1,25$ y NRS para DPNM $\geq 5,0$ en ≥ 4 días.</p>		
H04A	GLUCAGON CLORHIDRATO	BAQSIMI 3MG POLVO NASAL 1 ENVASE UNIDOSIS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Pacientes menores de 18 años en tratamiento con insulina y con alto riesgo de hipoglucemia grave con pérdida de consciencia.</p> <p>A efectos de la autorización del visado se tomarán en consideración los episodios previos de pérdida de consciencia por hipoglucemias.</p> <p>Se prescribirá un solo envase por paciente, siendo necesaria la valoración médica para prescribir el siguiente envase, con el fin de conocer la situación clínica del paciente en relación a las hipoglucemias graves con pérdida de consciencia.</p>		
L02A						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
L02A	BUSERELINA	SUPREFACT 1MG/ML 2 VIALES 5,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - En el hombre: Carcinoma de próstata, cuando esté indicado suprimir la producción de hormonas testiculares. - En la mujer: Infertilidad femenina, como tratamiento coadyuvante asociado a Gonadotropinas, para la inducción de la ovulación en un programa de fecundación in vitro. 	Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Continuación de Tratamiento: Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS
	GOSERELINA	ZOLADEX 3,6MG/JER 1 IMPLANTE JERINGA PREC	FINANCIADO	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinoma de prostata avanzado, cuando el tratamiento hormonal esta indicado. - Cancer de mama en pacientes pre y perimenopausicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado. - Endometriosis - Fibromas uterinos - Disminucion del grosor del endometrio antes de la ablacion del mismo para esta indicacion, se deberan administrar dos depots de Zoladex 3,6 con un intervalo de cuatro semanas, estando planificada la intervencion quirurgica entre la semana cero y la segunda despues del ultimo depot inyectado. - Reproduccion asistida: supresion del control hipofisario en la preparacion para la superovulacion. 		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
L02A	LEUPRORELINA ACETATO	GINECRIN DEPOT 3,75MG 1 VIAL + 1 AMP POLVO Y DISOLV SUSPENSION INYECTAB LUTRATE DEPOT MENSUAL 3,75MG 1 VIAL + JER PREC 2ML POLVO Y DIS PARA SUSP LIBER PROLONG INYECT	FINANCIADO FINANCIADO	-Tratamiento paliativo del cáncer de próstata localmente avanzado o metastásico. -Fibromas uterinos: tratamiento del leiomioma uterino (fibromas uterinos). Este tratamiento puede usarse como medida preoperatoria o coadyuvante a la cirugía o como tratamiento sintomático alternativo definitivo en las mujeres perimenopáusicas que no desean la cirugía.(Nueva indicación) -Endometriosis: tratamiento de la endometriosis. Puede usarse solo o como terapia conjunta con la cirugía.(Nueva indicación) -Cáncer de mama: tratamiento del cáncer de mama avanzado en mujeres pre y perimenopáusicas, en las que el tratamiento hormonal es apropiado. Está indicado como tratamiento adyuvante, en combinación con tamoxifeno o un inhibidor de la aromatasa, del cáncer de mama hormonosensible en estadio temprano en mujeres pre y perimenopáusicas con alto riesgo de recurrencia (edad joven, tumor de alto grado, afectación de los ganglios linfáticos). En mujeres que han recibido quimioterapia, el estado premenopáusico debe confirmarse tras la finalización de la quimioterapia.(Nueva indicación) -Protección ovárica: Preservación de la función ovárica en mujeres premenopáusicas con enfermedad neoplásica en tratamiento con quimioterapia que puede causar insuficiencia ovárica prematura.(Nueva indicación) -Pubertad Precoz Central: Está también indicado en el tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) en niños, diagnosticada clínicamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios antes de los nueve años en niñas y de los diez en niños.(Nueva indicación)	Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Continuación de Tratamiento: Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
L02A	TRIPTORELINA	DECAPEPTYL MENSUAL 3.75MG 1 VIAL POLVO Y DIS SUSP LIB PROL INYECT	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>- Tratamiento del cáncer de próstata localmente avanzado solo o como adyuvante a la radioterapia.</p> <p>- Tratamiento del cáncer de próstata metastásico: El efecto favorable del medicamentos es más pronunciado y más frecuente en aquellos pacientes que no han estado sometidos previamente a otros tratamientos hormonales.</p> <p>- Endometriosis genital y extragenital: la duración del tratamiento se halla limitada a seis meses (ver reacciones adversas). No es recomendable empezar un segundo tratamiento con triptorelina o con cualquier otro análogo de la LHRH.</p> <p>- Fibromas uterinos.</p> <p>- Infertilidad femenina: tratamiento complementario asociado a gonadotropinas (HMG, FSH, HCG) durante la inducción de la ovulación para la fertilización in vitro y transferencia de embrión (F.I.V.T.E).</p> <p>- Pubertad precoz: en las niñas el tratamiento debe iniciarse antes de los 8 años y, en los niños, antes de los 10 años. ante a otros tratamientos hormonales.</p> <p>POR DICTAMEN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y DE LOS NO INCLUIDOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SNS:</p> <p>-Supresión del desarrollo puberal en personas transexuales, en la infancia y adolescencia.</p>	Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Continuación de Tratamiento: Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS
N01B	LIDOCAINA	VERSATIS 700MG 20 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS VERSATIS 700MG 20 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS VERSATIS 700MG 30 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS VERSATIS 700MG 30 APOSITOS ADHESIVOS MEDICAMENTOSOS	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO	<p>Alivio sintomático del dolor neuropático asociado a infección previa por herpes zoster (neuralgia posherpética, NPH) en adultos.</p> <p>POR DICTAMEN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y DE LOS NO INCLUIDOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SNS:</p> <p>- Para el tratamiento de Dolor por neuropatía diabética localizada u otros dolores neuropáticos localizados, como alternativa a los tratamientos de primera y segunda línea establecidos en el protocolo aprobado por la CCOAFT en septiembre 2017; si persiste dolor moderado/intenso tras ineficacia, intolerancia o contraindicación a terapias de escalones terapéuticos previos.</p> <p>- La duración del tratamiento debe limitarse a 4 semanas, tras las cuales se reevaluará su eficacia y recalculará la cantidad de apósitos necesarios en su caso.</p>		

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N02A	FENTANILO	ABFENTIQ 200MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG ABFENTIQ 200MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG ABFENTIQ 400MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG ABFENTIQ 600MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG ABFENTIQ 800MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR EFG ABSTRAL 100MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ABSTRAL 100MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ABSTRAL 200MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ABSTRAL 200MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ABSTRAL 300MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ABSTRAL 300MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ABSTRAL 400MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ABSTRAL 400MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO	Fentanilo de acción inmediata, en las presentaciones de administración bucal y nasal, está indicado para el tratamiento de dolor irruptivo en pacientes que ya reciben tratamiento de mantenimiento con opiáceos para dolor crónico en cáncer. El dolor irruptivo es una exacerbación transitoria de dolor que se produce sobre una base de dolor persistente controlado por otros medios. Los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con opioides son los que toman como mínimo 60 mg de morfina oral diarios, 25 microgramos de fentanilo transdérmico cada hora, 30 mg de oxycodona diarios, 8 mg de hidromorfona oral diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide durante una semana o más.		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N02A	FENTANILO	ABSTRAL 600MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO			
		ABSTRAL 800MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO			
		ACTIQ 1200MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 1200MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 1600MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 200MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 200MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 200MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 400MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 400MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 400MCG 30 COMPRIMIDOS PARA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N02A	FENTANILO	ACTIQ 600MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 600MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 600MCG 30 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL INTEGRADO	FINANCIADO			
		ACTIQ 800MCG 15 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		ACTIQ 800MCG 3 COMPRIMIDOS PARA CHUPAR CON APLICADOR BUCAL	FINANCIADO			
		AVARIC 133MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		AVARIC 133MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		AVARIC 267MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		AVARIC 267MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		AVARIC 400MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N02A	FENTANILO	AVARIC 533MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		AVARIC 67MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		AVARIC 67MCG 4 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		AVARIC 800MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (POLIAMIDA/AI/PVC/AI-PET)	FINANCIADO			
		BREAKYL 1200MCG 28 PELICULAS BUCALES	FINANCIADO			
		BREAKYL 200MCG 28 PELICULAS BUCALES	FINANCIADO			
		BREAKYL 400MCG 28 PELICULAS BUCALES	FINANCIADO			
		BREAKYL 600MCG 28 PELICULAS BUCALES	FINANCIADO			
		BREAKYL 800MCG 28 PELICULAS BUCALES	FINANCIADO			
		EFFENTORA 100MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES	FINANCIADO			
		EFFENTORA 100MCG 4 COMPRIMIDOS BUCALES	FINANCIADO			
		EFFENTORA 200MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES	FINANCIADO			
		EFFENTORA 200MCG 4 COMPRIMIDOS BUCALES	FINANCIADO			
		EFFENTORA 400MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES	FINANCIADO			
		EFFENTORA 600MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES	FINANCIADO			

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N02A	FENTANILO	EFFENTORA 800MCG 28 COMPRIMIDOS BUCALES	FINANCIADO			
		FENTICERTA 100MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 100MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 200MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 200MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 300MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 300MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 400MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 400MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 600MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		FENTICERTA 800MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		KAPTIC 100MCG 10 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		KAPTIC 100MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		KAPTIC 200MCG 30 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N02A	FENTANILO	KAPTIC 300MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		KAPTIC 400MCG 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES EFG	FINANCIADO			
		PECFENT 100MCG/PULV 1 ENVASE 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL	FINANCIADO			
		PECFENT 100MCG/PULV 4 ENVASES 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL	FINANCIADO			
N02C	LASMIDITAN	PECFENT 400MCG/PULV 1 ENVASE 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL	FINANCIADO	Indicado para el tratamiento agudo de la fase de cefalea de los ataques de migraña, con o sin aura en : -Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes y que hayan utilizado al menos dos triptanes diferentes, durante periodos de tiempo y a dosis suficientes y se haya constatado la falta de respuesta, y/o -Pacientes adultos con al menos 3 crisis moderadas/severas de migraña al mes en los que el tratamiento con triptanes se encuentre contraindicado por enfermedad cardiovascular.		
		PECFENT 400MCG/PULV 4 ENVASES 8 DOSIS SOLUCION PULVERIZACION NASAL	FINANCIADO			
		RAYVOW 100MG 2 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
		RAYVOW 100MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
N04B		RAYVOW 50MG 2 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
		RAYVOW 50MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N04B	LEVODOPA	INBRIJA 33MG 92 CAPSULAS DURAS Y 1 INHALADOR POLVO PARA INHALACION	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Inbrija está indicado para el tratamiento intermitente de fluctuaciones motoras episódicas (episodios OFF) en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con un inhibidor de levodopa/dopa-descarboxilasa. //</p> <p>Se establecen reservas singulares en el ámbito del SNS, consistente en limitar su dispensación, mediante visado para el tratamiento intermitente de las fluctuaciones motoras episódicas (períodos OFF) impredecibles en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP) tratados con levodopa/IDD en los que no se haya conseguido un adecuado control de las fluctuaciones motoras, tras la administración de otras alternativas terapéuticas como los inhibidores de la catecol-amino-metiltransferasa (ICOMT), inhibidores de la monoaminoxidasa B (IMAO-B) o los agonistas dopaminérgicos, en los que apomorfina no sea una opción adecuada por su perfil de tolerabilidad y cuando los pacientes tengan una adecuada función respiratoria, sean capaces de realizar correctamente la técnica de administración y de reconocer el periodo OFF .</p> <p>El tratamiento deberá ser prescrito por especialistas en neurología con experiencia en las fluctuaciones motoras en pacientes con enfermedad de Parkinson.</p>		
N05A						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	AMISULPRIDA	AMISULPRIDA AUROVITAS 100MG 60 COMPRIMIDOS (BLISTER PVC/AL) EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de la Esquizofrenia.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		AMISULPRIDA AUROVITAS 200MG 60 COMPRIMIDOS (BLISTER PVC/AL) EFG	FINANCIADO			
		AMISULPRIDA AUROVITAS 400MG 30 COMPRIM RECUB PELIC (BLIST PVC/AL) EFG	FINANCIADO			
		AMISULPRIDA NORMON 100MG 60 COMPRIM RECUB PELI EFG	FINANCIADO			
		AMISULPRIDA NORMON 200MG 60 COMPRIMID RECU PEL EFG	FINANCIADO			
		AMISULPRIDA NORMON 400MG 30 COMPRIM RECUB PELI EFG	FINANCIADO			
		AMISULPRIDA RATIOPHARM 400MG 30 COMPRI REC PEL EFG	FINANCIADO			
		AMISULPRIDA TARBIS 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		SOLIAN 100MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		SOLIAN 100MG/ML FRASCO 60ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO			
		SOLIAN 200MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	AMISULPRIDA	SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		SOLIAN 400MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ARIPIPAZOL	ABIK 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	- Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		BUCODISPERSABLES EFG		- Tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar tipo I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en pacientes que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.		
		ABIK 1MG/ML 150 ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		ABIK 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG		Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno bipolar I, en adolescentes de 13 años o más.		
		ABIK 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ABIK 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ABIK 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO	Resolución 217/12 de 16 de Octubre, se autoriza el visado de las recetas de Aripiprazol para:		
		ABILIFY 1MG/ML 150ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	Tratamiento de la irritabilidad asociada al trastorno autista en niños y adolescentes (6 a 17 años) que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con risperidona.		
		ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ARIPIPRAZOL	ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES ABILIFY 30MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABILIFY 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABIPOL 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ABIPOL 15MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ABIPOL 5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		APALoz 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG APALoz 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		APALoz 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG APALoz 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		APALoz 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		APALoz 30MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG APALoz 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL ALTER GENERICOS 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISP	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N05A	ARIPIPAZOL	ARIPIPAZOL ALTER GENERICOS 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.	
		ARIPIPAZOL ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL ALTER 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL ALTER 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL ALTER 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL AUROVITAS 1MG/ML 1 FRASCO 150ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL AUROVITAS 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL CINFA 1MG/ML 150ML FRASCO VIDRIO SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL CINFA 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ARIPIPRAZOL	ARIPIPRAZOL COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ARIPIPRAZOL COMBIX 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS CINFA 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS SANDOZ 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS SANDOZ 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL FLAS STADA 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL KRKA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ARIPIPRAZOL	ARIPIPRAZOL MABO 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ARIPIPRAZOL MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL MACLEODS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL MACLEODS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL MYLAN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL MYLAN PHARMA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL MYLAN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 1MG/ML 150ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 20 MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 30MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL NORMON 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N05A	ARIPIPAZOL	ARIPIPAZOL NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.	
		ARIPIPAZOL PENZA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL PENZA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL PENZA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL QUALIGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL QUALIGEN 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL RATIOPHARM 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL RATIOPHARM 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL RATIOPHARM 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL SANDOZ 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL SANDOZ 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL STADA 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL TARBIS FARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIPIPAZOL TARBIS FARMA 15MG 28	FINANCIADO				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ARIPIPRAZOL	ARIPIPRAZOL TARBIS FARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ARIPIPRAZOL TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TARBIS 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TECNIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TECNIGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TEVA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TEVA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TEVAGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TEVAGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL TEVA10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL VIR 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL VIR 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPRAZOL VIR 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIZOL FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N05A	ARIPIPAZOL	ARIZOL FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG					
		ARIZOL FLAS 30MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG					
		ARIZOL 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIZOL 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIZOL 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		ARIZOL 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ARIZOL 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		TRACTIVA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		TRACTIVA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		TRACTIVA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ZYKALOR 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ABILIFY 7,5MG/ML 1 VIAL 1,3ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO	-Indicado en el control rápido de la agitación y alteraciones del comportamiento en pacientes con esquizofrenia o en los episodios maníacos en pacientes con trastorno bipolar tipo I, cuando el tratamiento oral no es adecuado.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.	
		ABILIFY MANTENA 300MG 1 VIAL POLVO +1 VIAL DISOLV	FINANCIADO	-Indicado en el para el tratamiento de mantenimiento en la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con aripiprazol oral.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.	
		SUSPENS LIBER PROLONG					
ABILIFY MANTENA 400MG 1 VIAL POLVO Y 1 VIAL DISOLVENTE PARA SUSPENSION DE LIBERACION PROLONGADA INYECTABLE	FINANCIADO						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ARIPIPAZOL	ABILIFY MAINTENA 400MG 1 VIAL POLVO +1 VIAL DISOLV SUSPENS LIBER PROLONG	FINANCIADO	<p>- Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más.</p> <p>- Tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar tipo I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en pacientes que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol.</p> <p>Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno bipolar I, en adolescentes de 13 años o más.</p> <p>Resolución 217/12 de 16 de Octubre, se autoriza el visado de las recetas de Aripiprazol para:</p> <p>Tratamiento de la irritabilidad asociada al trastorno autista en niños y adolescentes (6 a 17 años) que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con risperidona.</p>	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ABILIFY MAINTENA 720MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 2,4ML SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO			
		ABILIFY MAINTENA 960MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 3,2ML SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO			
		ABILIFY 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ABILIFY 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		APALAZ 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ARIPIPAZOL TAD 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ARIPIPRAZOL	ABIK 30MG 28 COMPRIMIDOS EFG ARIPIPRAZOL STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG ARIPIPRAZOL STADA 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG ARIPIPRAZOL STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG ZYKALOR 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG ZYKALOR 15MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO FINANCIADO	- Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y adolescentes de 15 años o más. - Tratamiento de los episodios maníacos moderados o severos en pacientes con trastorno bipolar tipo I y en la prevención de nuevos episodios maníacos en pacientes que presentaron episodios predominantemente maníacos y que respondieron al tratamiento con aripiprazol. Tratamiento hasta 12 semanas de los episodios maníacos moderados o severos del Trastorno bipolar I, en adolescentes de 13 años o más. Resolución 217/12 de 16 de Octubre, se autoriza el visado de las recetas de Aripiprazol para: Tratamiento de la irritabilidad asociada al trastorno autista en niños y adolescentes (6 a 17 años) que presenten contraindicación, intolerancia o falta de respuesta terapéutica al tratamiento con risperidona.		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N05A	ASENAPINA	SYCREST 10MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	-Tratamiento de los episodios maniacos de moderados a graves, asociados con el trastorno bipolar I en adultos.			
		SYCREST 10MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO				
		SYCREST 10MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO				
		SYCREST 5MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO				
		SYCREST 5MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO				
		SYCREST 5MG 60 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO				
	BREXPIPRAZOL	RXULTI 1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	Indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos.			
		RXULTI 1MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO				
		RXULTI 2MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO				
		RXULTI 3MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO				
		RXULTI 4MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	CARIPRAZINA HIDROCLORURO	REAGILA 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Tratamiento de la esquizofrenia en pacientes adultos.		
		REAGILA 3MG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			
		REAGILA 4,5MG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			
		REAGILA 6MG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			
	LURASIDONA	LATUDA 18,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	Indicado para el tratamiento de la esquizofrenia en adultos de 18 años de edad y adolescentes mayores de 13 años.		
		LATUDA 37MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		LATUDA 74MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N05A	OLANZAPINA	ARENIL FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	- Tratamiento de la Esquizofrenia.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.	
		BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	- Mantenimiento de la mejoría clínica durante la terapia de continuación en los pacientes que muestran una respuesta terapéutica inicial.			
		ARENIL FLAS 10MG 56 COMPRIMIDOS		- Tratamiento del episodio maniaco moderado o severo.			
		BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	- Prevención de las recaídas en pacientes con trastorno bipolar cuyo episodio maniaco ha respondido al tratamiento con olanzapina.			
		ARENIL FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS		POR DICTAMEN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y DE LOS NO INCLUIDOS EN LA FINANCIACIÓN, DENTRO DE LOS ACUERDOS DE LA CCOAFT:			
		BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO				"Tratamiento de la agitación y la agresividad persistente que pueden aparecer en pacientes con demencia de moderada a grave, que no responden a otras medidas no farmacológicas, cuando haya un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás, y haya fracasado presenten intolerancia o contraindicaciones a Risperidona."
		ARENIL FLAS 20MG 28 COMPRIMIDOS					FINANCIADO
		BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO				
		ARENIL FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS		FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO				
		ARENIL 10MG 28 COMPRIMIDOS		FINANCIADO			
		RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO				
		ARENIL 10MG 56 COMPRIMIDOS		FINANCIADO			
		RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO				
ARENIL 2,5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO						
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG		FINANCIADO					
ARENIL 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO						
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG		FINANCIADO					
ARENIL 7,5MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO						
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG		FINANCIADO					
OLANZAPINA ALMUS 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO						
RECUBIERTOS CON PELICULA EFG							



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA ALMUS 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA ALTER 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ALTER 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ALTER 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ALTER 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ARISTO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ARISTO 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA ARISTO 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA ARISTO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA ARISTO 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA AUROVITAS 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 10MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA CINFA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA CINFA 15MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 20MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 2,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 7,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA CINFA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA COMBIX 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA COMBIX 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA COMBIX 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA COMBIX 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA COMBIX 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		BUCODISPERSABLES EFG OLANZAPINA COMBIX 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		RECUBIERTOS CON PELICULA EFG				
		OLANZAPINA COMBIX 7,5MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		RECUBIERTOS CON PELICULA EFG				
		OLANZAPINA DARI PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		RECUBIERTOS PELIC EFG				
		OLANZAPINA DARI PHARMA 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		RECUBIERTOS PELIC EFG				
		OLANZAPINA DARI PHARMA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		RECUBIERTOS PELIC EFG				
		OLANZAPINA DARI PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		RECUBIERTOS PELIC EFG				
		OLANZAPINA DARI PHARMA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		RECUBIERTOS PELIC EFG				
OLANZAPINA FLAS ARISTO 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					
BUCODISPERSABLES EFG						
OLANZAPINA FLAS ARISTO 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					
BUCODISPERSABLES EFG						
OLANZAPINA FLAS CINFA 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					
BUCODISPERSABLES EFG						
OLANZAPINA FLAS CINFA 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					
BUCODISPERSABLES EFG						
OLANZAPINA FLAS CINFA 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA FLAS CINFA 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		BUCODISPERSABLES EFG OLANZAPINA FLAS CINFA 5 MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERS EFG OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSAB EFG OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSAB EFG OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSAB EFG OLANZAPINA FLAS KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSAB EFG OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 20MG 28	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA FLAS QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		BUCODISPERSABLES EFG OLANZAPINA FLAS STADA 10MG 28 COMPR	FINANCIADO			
		BUCODISPER (PAPEL-PETP- AL/AI) EFG				
		OLANZAPINA FLAS STADA 10MG 56 COMP BUCODISP (FINANCIADO			
		PAPEL-PETP-AI/AI) EFG				
		OLANZAPINA FLAS STADA 5MG 28 COMP BUCODISP (FINANCIADO			
		PAPEL-PETP-AI/AI) EFG				
		OLANZAPINA FLAS TARBIS 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA FLAS TARBIS 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA FLAS TARBIS 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA FLAS VIATRIS 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA FLAS VIATRIS 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
OLANZAPINA FLAS VIATRIS 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					
BUCODISPERSABLES EFG						
OLANZAPINA FLAS VIATRIS 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					
BUCODISPERSABLES EFG						
OLANZAPINA KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO					
OLANZAPINA KERN PHARMA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO					



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA KERN PHARMA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA KERN PHARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA KERN PHARMA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA KRKA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA KRKA 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA KRKA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA KRKA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA KRKA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MABO 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA MABO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
OLANZAPINA MABO 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO					
BUCODISPERSABLES EFG						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA MABO 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA MABO 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MABO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MABO 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MYLAN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MYLAN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MYLAN 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MYLAN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA MYLAN 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA NORMON 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA NORMON 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 20MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA NORMON 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA PENZA 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA PENZA 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA PENZA 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA PENZA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA PENZA 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA PENZA 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA PENZA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA QUALIGEN 7,5 MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA QUALIGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA QUALIGEN 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA QUALIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA RATIO 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SANDOZ 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SANDOZ 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SANDOZ 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA SANDOZ 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SANDOZ 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SANDOZ 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA STADA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA STADA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA STADA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA STADA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SUN 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SUN 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA SUN 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		OLANZAPINA SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA SUN 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA SUN 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TARBIS FARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TARBIS FARMA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TARBIS FARMA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TARBIS FARMA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TARBIS FARMA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TECNIGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TECNIGEN 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA TEVA 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		BUCODISPERSABLES EFG				
		OLANZAPINA TEVAGEN 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA TEVA-RATIO 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OLANZAPINA VIR 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N05A	OLANZAPINA	OLANZAPINA VIR 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.	
		BUCODISPERSABLES EFG OLAZAX DISPERZI 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG OLAZAX DISPERZI 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG OLAZAX DISPERZI 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG OLAZAX DISPERZI 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG OLAZAX 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		OLAZAX 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		OLAZAX 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		OLAZAX 7,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		OLAZAX 7,5MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ZALASTA 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG ZALASTA 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG ZALASTA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO				
		ZOLAFREN FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG ZOLAFREN FLAS 10MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO				
		BUCODISPERSABLES EFG					

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	ZOLAFREN FLAS 15MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ZOLAFREN FLAS 20MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 10MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 10MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 10MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 10MG 56 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 15MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 20MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 2,5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 5MG 28 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		ZOLAFREN FLAS 7,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZYPREXA 2,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 10MG 28 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 10MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 10MG 28 BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 10MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 15MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 20MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA VELOTAB 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO			
		ZYPREXA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	OLANZAPINA	ZYPREXA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ZYPREXA 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 5MG 28 COMPRIMOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 7,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		ZYPREXA 10MG 1 VIAL POLVO PARA SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO			

- Indicado para el control rápido de la agitación y los comportamientos alterados en pacientes con esquizofrenia o episodio maniaco, cuando no es adecuado el tratamiento oral. Tan pronto como sea posible, se debe interrumpir el tratamiento con Zyprexa 10 mg polvo para solución inyectable, iniciándose el tratamiento con olanzapina por vía oral.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	PALIPERIDONA	INPALIX 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	-Tratamiento de la esquizofrenia en adultos y en adolescentes de 15 años de edad en adelante.	Resolución 612/03 de 4 de julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		INPALIX 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	-Tratamiento de síntomas maníacos o psicóticos del trastorno esquizoafectivo.No se ha demostrado su efectos sobre sobre los síntomas depresivos. -Tratamiento del trastorno esquizoafectivo en adultos.		
		INPALIX 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	-		
		INVEGA 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO			
		INVEGA 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO			
		INVEGA 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA ALTER 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA ALTER 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA ALTER 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA CINFA 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
PALIPERIDONA CINFA 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO					



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	PALIPERIDONA	PALIPERIDONA CINFA 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		PALIPERIDONA RATIOPHARM 3MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA RATIOPHARM 6MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA RATIOPHARM 9MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA SANDOZ 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA SANDOZ 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA SANDOZ 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA TAD 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA TAD 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA TAD 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA TEVA 3MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico	
N05A	PALIPERIDONA	PALIPERIDONA TEVA 6MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			Resolución 612/03 de 4 de julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		PALIPERIDONA TEVA 9MG 28 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO				
		PARNIDO 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO				
		PARNIDO 6MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO				
		PARNIDO 9MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO				
		BACEQ 100MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS SUSPENSION INYECT LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	-Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos estabilizados con paliperidona o risperidona.			
		BACEQ 150MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS SUSPENSION INYECT LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO	En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, XEPLION puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.			
		BACEQ 75MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS SUSPENSION INYECT LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO				
		NIAPELF 100MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 1ML SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO				
		NIAPELF 150MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 1,5ML SUSPENSION INYECTABLE	FINANCIADO				



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	PALIPERIDONA	NIAPELF 50MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,5ML SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		NIAPELF 75MG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,75ML SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA TEVA 100MG 1 JERINGA PREC+2 AGUJAS SUSP INY LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA TEVA 150MG 1 JERINGA PREC+2 AGUJAS SUSP INY LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PALIPERIDONA TEVA 75MG 1 JERINGA PREC+2 AGUJAS SUSP INY LIBERAC PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		XEPLION 100MG 1 JERINGA PRECARG 1ML SUSPENS INyec LIBERAC PROLONG	FINANCIADO			
		XEPLION 150MG 1 JERINGA PRECARG 1,5ML SUSPEN INyec LIBERAC PROLONG	FINANCIADO			
		XEPLION 50MG 1 JERINGA PRECARG 0,5ML SUSPEN INyec LIBERAC PROLONG	FINANCIADO			
		XEPLION 75MG 1 JERINGA PRECARG 0,75ML SUSPEN INyec LIBERAC PROLONG	FINANCIADO			
		PALMEUX 100MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	Paliperidona inyeccion trimestral, esta indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos clinicamente estables con la formulacion inyectable mensual de palmitato de paliperidona.		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	PALIPERIDONA	PALMEUX 150MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	Paliperidona inyección semestral, esta indicado para el tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes adultos clínicamente estables con las formulaciones inyectables mensuales o trimestrales de palmitato de paliperidona o risperidona. En determinados pacientes adultos con esquizofrenia y respuesta previa a paliperidona o risperidona oral, Paliperidona Janssen-Cilag International puede ser utilizado sin necesidad de estabilización previa con tratamiento oral si los síntomas psicóticos son leves o moderados y es necesario un tratamiento con un inyectable de acción prolongada.		
		PALMEUX 50MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO			
		PALMEUX 75MG 1 JERINGA PRECARGADA + 2 AGUJAS SUSP INYECT LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO			
		TREVICTA 175MG 1 JERINGA PREC 0,875ML SUSP INYECT LIBERACION PROL	FINANCIADO			
		TREVICTA 263MG 1 JERINGA PREC 1,315ML + 2 AGUJAS SUSP INY LIBER PROL	FINANCIADO			
		TREVICTA 350MG 1 JERINGA PRECARGADA 1,750ML SUSP INY LIBER PROLONG	FINANCIADO			
		TREVICTA 525MG 1 JERINGA PRECARGADA 2,625ML SUSP INY LIBER PROLONG	FINANCIADO			
		BYANNLI 1000MG 1 JERINGA PREC+1 AGUJA SUSP INYEC LIBERAC PROLONG	FINANCIADO			
		BYANNLI 700MG 1 JERINGA PREC+1 AGUJA SUSP INYEC LIBERAC PROLONG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	PSICOTRIC 100MG 60 COMP REC PEL BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de la esquizofrenia. - Tratamiento del trastorno bipolar.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		PSICOTRIC 150MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de los episodios maniacos de moderados a graves en el trastorno bipolar. - Tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar. - Prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar ,		
		PSICOTRIC 200MG 60 COMP REC PEL BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO	INDICACIÓN AUTORIZADA POR RESOLUCIÓN DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS.		
		PSICOTRIC 25MG 6 COMPR REC PEL BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO	Resolución SC 0192/11 de 14 de julio. Tratamiento de la agresividad persistente que puede aparecer en pacientes con demencia, de moderada a grave, que no responden a medidas no farmacológicas, cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás y han fracasado o presentan intolerancia o contraindicación al haloperidol, las benzodiazepinas y la risperidona.		
		PSICOTRIC 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO	RSA 0252/13 de 14 de mayo de 2013:		
		PSICOTRIC 300MG 60 COMP REC PEL BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO	"Tratamiento de la discinesia tardía en patients que presentan parkinsonismo".		
		PSICOTRIC 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		PSICOTRIC 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		QUDIX 100MG 60 COMPRIMID RECUB PEL BLIS PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUDIX 200MG 60 COMPRIMID RECU PEL BLIST PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUDIX 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA (BLISTER PVC/AL) EFG	FINANCIADO			
		QUDIX 300MG 60 COMPRIMID RECUB PEL	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUDIX 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUENTIAX 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUENTIAX 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUENTIAX 25MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUENTIAX 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUENTIAX 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 100MG 60 COMPRIMID RECUBI PEL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 200MG 60 COMPRIMID RECUBI PEL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 25MG 6 COMPRIMID RECUBI PELIC EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 300MG 60 COMPRIMI RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA ALTER 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA ARISTO 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA CINFA 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA CINFA 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		QUETIAPINA COMBIX 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA COMBIX 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA COMBIX 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA COMBIX 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA COMBIX 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA FARMAPROJECTS 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA FARMAPROJECTS 200MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA FARMAPROJECTS 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA KERN PHARMA 100MG 60 COMPR RECU PEL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KERN PHARMA 200MG 60 COMPR RECU PEL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KERN PHARMA 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KERN PHARMA 300MG 60 COMPR RECU PEL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KERN PHARMA 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO			
		QUETIAPINA MABO 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA MABO 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA MABO 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA MABO 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA NORMON 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA NORMON 25MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 50MG 10 COMPRIM LIBER PROL (PVC/PVDC-ALUMINIO) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA QUALIGEN MEDICA 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA QUALIGEN 100MG 60 COMPR REC PELIC BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 200MG 60 CO RE P BL PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 25MG 6 CO RE PE BLI PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 25MG 60 COMPRIM RECUBIER PELIC BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 300MG 60 CO RE P BL PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 300MG 60 CO RE PE BL AI/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO			
		QUETIAPINA RATIO 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA RATIO 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA RATIO 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA RATIO 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 100MG 60 COM REC PEL BLIST PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 200MG 60 COM REC PEL BLIST PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 25MG 60 COMP RECUB PEL (PVC-ALUM) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 300MG 60 COM REC PEL BLIST PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADA 100MG 60 COM RE P BLIS PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADA 200MG 60 CO RE PE BLIS PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADA 25MG 6 COM RE PE BLIST PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADA 25MG 60 COMPRIMID RECUBIERT PELIC BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADA 300MG 60 CO RE PE BLIS PVC/AI EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA STADA 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA TARBIS 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC BLISTER AI/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELICU (BLISTER PVC/AI) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELICULA(BLISTER AI/AI) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC (BLISTER AL/AL) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC (BLISTER PVC/AL) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 300MG 60 COMPRIM RECUB PELIC BLISTER PVC/AI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC (BLISTER AI/AI) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TECNIGEN 100MG 60 COMPRIM RECUB PEL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TECNIGEN 200MG 60 COMPRIM RECUB PEL EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA TECNIGEN 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA TECNIGEN 300MG 60 COMPRIM RECU PELI EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 25MG 6 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVAGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		QUETIAPINA VIATRIS 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA VIATRIS 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA VIATRIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA VIATRIS 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA VIATRIS 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		ROCOZ 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICUL EFG	FINANCIADO			
		ROCOZ 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICUL EFG	FINANCIADO			
		ROCOZ 25MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		ROCOZ 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICUL EFG	FINANCIADO			
		ROCOZ 50MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		SEROQUEL 100MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC	FINANCIADO			
		SEROQUEL 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC	FINANCIADO			
		SEROQUEL 300MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	ATROLAK PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	<p>- Tratamiento de la esquizofrenia, incluyendo: prevención de las recaídas en pacientes esquizofrenicos estables que se han mantenido en tratamiento con Seroquel Prolong.</p> <p>- Tratamiento del trastorno bipolar: *tratamiento de los episodios maniacos moderados a graves en el trastorno bipolar *tratamiento de los episodios depresivos mayores en el trastorno bipolar *Prevención de la recurrencia en pacientes con trastorno bipolar, en pacientes cuyo episodio maniaco o depresivo ha respondido al tratamiento con quetiapina.</p> <p>- Tratamiento adicional de los episodios depresivos mayores en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) que no han tenido una respuesta optima al tratamiento con antidepresivos en monoterapia. Antes de iniciar el tratamiento, los medicos deben considerar el perfil de seguridad de Seroquel Prolong.</p>	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ATROLAK PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PSICOTRIC PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGAD EFG	FINANCIADO			
		PSICOTRIC PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PSICOTRIC PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PSICOTRIC PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PSICOTRIC PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		PSICOTRIC RETARD 600MG 30 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO			
		QUDIX PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUDIX PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUDIX PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUDIX PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUDIX PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA ALTER 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 150MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 50MG 10 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA AUROVITAS PHARMA 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA CINFA 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KERN PHARMA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA KERN PHARMA 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA KERN PHARMA 50MG 60 COMP LIB PROL (BLIST PVC/PVDC-ALUM) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KRKA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KRKA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KRKA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KRKA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG,	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KRKA 50MG 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA KRKA 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA MABO 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA MABO 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA MABO 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA MABO 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA MABO 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 150MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA NORMON 50MG 60 COMPR LIBERAC PROL (PVC/PVDC-ALUMINIO) EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA PENZA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA PENZA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PENZA 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PHARMA COMBIX 150MG 60 COMPR LIBERAC PROLONG BLISTER EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PHARMA COMBIX 200MG 60 COMPR LIBERAC PROLONG BLISTER EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PHARMA COMBIX 300MG 60 COMPR LIBERAC PROLONG BLISTER EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PHARMA COMBIX 400MG 60 COMPR LIBERAC PROLONG BLISTER EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA PHARMA COMBIX 50MG 60 COMPR LIBERAC PROLONG BLISTER EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 150MG 60 COMPRIMIDOS LIB PROLONG EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN FARMA 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROL EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA QUALIGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA RATIOPHARM 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA RATIOPHARM 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA RATIOPHARM 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA RATIOPHARM 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 150MG 60 COMPRIM LIBERAC PROLON EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 200MG 60 COMPRIM LIBERAC PROLON EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 300MG 60 COMPRIM LIBERAC PROLON EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 400MG 60 COMPRIM LIBERAC PROLON EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA SANDOZ FARMACEUTICA 50MG 60 COMPRIM LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADAGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADAGEN 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA STADAGEN 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA STADAGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA STADAGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 200MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 300MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TARBIS 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TECNIGEN 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TECNIGEN 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TECNIGEN 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TECNIGEN 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TECNIGEN 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONG EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	QUETIAPINA	QUETIAPINA TEVA 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		QUETIAPINA TEVA 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA TEVA 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA VIATRIS 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA VIATRIS 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA VIATRIS 400MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		QUETIAPINA VIATRIS 50MG 60 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		ROCOZ PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico			
N05A	QUETIAPINA	ROCOZ PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.			
		ROCOZ PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO						
		ROCOZ PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO						
		ROCOZ PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO						
		SEROQUEL PROLONG 150MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO						
		SEROQUEL PROLONG 200MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO						
		SEROQUEL PROLONG 300MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO						
		SEROQUEL PROLONG 400MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO						
		SEROQUEL PROLONG 50MG 10 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO						
		SEROQUEL PROLONG 50MG 60 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO						



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	ARKETIN 1MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de la esquizofrenia.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ARKETIN 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de los episodios maníacos de moderados a graves asociados a los trastornos bipolares.		
		ARKETIN 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	- Tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en pacientes con demencia tipo Alzheimer de moderada a grave que no responde a otras medidas no farmacológicas y cuando hay un riesgo de daño para ellos mismos o para los demás.		
		ARKETIN 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente en los trastornos de la conducta en niños de 5 años de edad en adelante y adolescentes con un funcionamiento intelectual por debajo de la media o retraso mental diagnosticado de acuerdo al criterio DSM-IV, en los que la gravedad de la agresión u otros comportamientos perturbadores requieran tratamiento farmacológico. El tratamiento farmacológico debe formara parte de un programa terapéutico más exhaustivo, con medidas educacionales y psicosociales. Se recomienda la prescripción de risperidona por un especialista en neurología infantil y psiquiatría para niños y adolescentes o médicos familiarizados con el tratameinto de los Trastornos de Conducta e niños y adolescentes.		
		ARKETIN 6MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		ARKETIN 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	-Tratamiento de los problemas del comportamiento (tales como agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado) asociados al autismo.		
		RISPERDAL 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		RISPERDAL 1MG/1ML 100ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO			
		RISPERDAL 1MG/1ML 30ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO			
		RISPERDAL 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		RISPERDAL 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			
		RISPERDAL 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA ALTER 1MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA ALTER 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA ALTER 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA ALTER 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA ALTER 6MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA ALTER 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA AUROVITAS 1MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA AUROVITAS 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA AUROVITAS 1MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA AUROVITAS 1MG/ML 1 FRASCO 30ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA AUROVITAS 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA AUROVITAS 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA BENEL 1MG/ML FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA BENEL 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA BENEL 6MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 1MG 20 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 1MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 1MG/ML FRASCO 100ML SOL ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 1MG/ML FRASCO 30ML SOLU ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 3MG 20 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 3MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 6MG 30 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFA 6MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 0,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 0,5MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA CINFAMED 1MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA CINFAMED 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 2MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 3MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 4MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 4MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 6MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CINFAMED 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA CODRAMOL 1MG/ML 30ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FARMALID 1MG/ML S ORAL FR	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA FLAS KRKA 0,5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA FLAS KRKA 0,5MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FLAS KRKA 1MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FLAS KRKA 1MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FLAS KRKA 2MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FLAS KRKA 2MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FLAS RATIOPHARM 0,5MG 56 COM BUCOD EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FLAS RATIOPHARM 1MG 56 COMPR BUCOD EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA FLAS RATIOPHARM 2MG 56 COMPR BUCOD EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA KERN PHARMA 1MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA KERN PHARMA 1MG/ML 100ML SOLU ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA KERN PHARMA 1MG/ML 30ML SOLUC ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA KERN PHARMA 3MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA KERN PHARMA 6MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA KRKA 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA KRKA 2MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO			
		RISPERIDONA KRKA 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 1MG 20 COMPR RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 1MG 60 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 1MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 1MG/ML 30ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 3MG 20 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 3MG 60 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 6MG 30 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA NORMON 6MG 60 COMPRIMID RECU PELI EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA QUALIGEN 1MG 20 COMPRIMID RECU PEL EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA QUALIGEN 1MG 60 COMPRIM RECU PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA QUALIGEN 3MG 20 COMPRIM RECU PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA QUALIGEN 3MG 60 COMPRIM RECU PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA QUALIGEN 6MG 30 COMPRIM RECU PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA QUALIGEN 6MG 60 COMPRIMID RECU PEL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA RATIO 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA RATIO 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA RATIO 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA SANDOZ 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA SANDOZ 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA SANDOZ 6MG 60 COMPRIMIDOS	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA STADA 0,5MG 56 COMPRIM RECUB PELICULA	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA STADA 1MG 20 COMPRIM RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA STADA 1MG 60 COMPRIMID RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA STADA 1MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA STADA 1MG/ML 30ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA STADA 3MG 60 COMPRIMID RECUB PELIC EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA STADA 6MG 60 COMPRIMIDOS RECU PELI EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TARBIS 1MG 20 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TARBIS 1MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TARBIS 1MG/ML FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TARBIS 3MG 20 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TARBIS 3MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TARBIS 6MG 30 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TARBIS 6MG 60 COMPRIMIDOS EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TEVA 1MG 60 COMPRIMID RECUB PELICU EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA TEVA 1MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA TEVA 3MG 60 COMPRIMID RECUB PELICU EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TEVA 6MG 60 COMPRIMID RECUB PELICU EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA VIATRIS 0,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA VIATRIS 0,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA VIATRIS 1MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA VIATRIS 1MG/ML 1 FRASCO 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA VIATRIS 2MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA VIATRIS 3MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA VIATRIS 4MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
RISPERIDONA VIATRIS 4MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO					



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA VIATRIS 6MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	- Tratamiento de mantenimiento de la esquizofrenia en pacientes previamente estabilizados con un antipsicótico oral.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		RISPERIDONA VIATRIS 6MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA ZENTIVA 1MG 20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO			
		OKEDI 100MG 1 JER PREC + 2 AGUJAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT LIBER PROLONG	FINANCIADO			
		OKEDI 75MG 1 JERINGA PREC + 2 AGUJAS POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSP INYECT LIBER PROLONG	FINANCIADO			
		RISPERDAL CONSTA 25MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECARG	FINANCIADO			
		RISPERDAL CONSTA 37,5MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECAR	FINANCIADO			
		RISPERDAL CONSTA 50MG/VIAL 1 VIAL + 1 JER PRECARG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TEVA 25MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO			
		RISPERIDONA TEVA 37,5MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION	FINANCIADO			

MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO**OTROS MEDICAMENTOS**

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	RISPERIDONA	RISPERIDONA TEVA 50MG 1 VIAL POLVO Y DISOLVENTE PARA SUSPENSION INYECTABLE DE LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N05A	ZIPRASIDONA	ZELDOX 20MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	- Tratamiento de la Esquizofrenia en adultos.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.
		ZELDOX 40MG 14 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	- Tratamiento de episodios maniacos o mixtos de gravedad moderada asociados con trastorno bipolar en adultos y en niños y adolescentes de 10-17 años (no se ha establecido la prevención de episodios en trastorno bipolar).		
		ZELDOX 40MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			
		ZELDOX 60MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			
		ZELDOX 80MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA AUROVITAS 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA AUROVITAS 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA AUROVITAS 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA AUROVITAS 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA CINFA 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA CINFA 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA CINFA 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA CINFA 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA KRKA 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA KRKA 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			
		ZIPRASIDONA KRKA 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico			
N05A	ZIPRASIDONA	ZIPRASIDONA KRKA 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO		Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.			
		ZIPRASIDONA SANDOZ 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA SANDOZ 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA SANDOZ 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA SANDOZ 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA STADA 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA STADA 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA STADA 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA STADA 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA VIATRIS 20MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA VIATRIS 40MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA VIATRIS 60MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZIPRASIDONA VIATRIS 80MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO						
		ZELDOX 20MG 1 VIAL POLVO Y 1 AMPOLLA DISOLVENTE SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO				- Indicado para el control rápido de la agitación en pacientes con esquizofrenia, cuando el tratamiento por vía oral no es apropiado, durante un máximo de tres días consecutivos. Tan pronto como se considere adecuado desde el punto de vista clínico, debe interrumpirse el tratamiento de ziprasidona polvo y disolvente para solución inyectable y comenzarse a utilizar ziprasidona por vía oral.	Resolución 612/03 de 4 de Julio del SAS. Instrucciones para la puesta en marcha de la Resolución.	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público.



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
N07B	NALMEFENO	SELINCRO 18MG 14 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	<p>Selincro esta incluido en la prestacion farmaceutica del SNS para los pacientes incluidos dentro de programas oficiales de minimizacion de riesgo y deshabituacion alcoholica o drogodependencias. Selincro esta indicado para la reduccion del consumo de alcohol en pacientes adultos con dependencia del alcohol que presentan un nivel de consumo de alcohol de alto riesgo (NCR), sin sintomas de abstinencia fisicos y que no requieran una desintoxicacion inmediata.</p> <p>Selincro solo se debe prescribir junto con apoyo psicossocial mantenido dirigido a incrementar la adherencia al tratamiento y a reducir el consumo de alcohol.</p> <p>El tratamiento con Selincro se debe iniciar unicamente en los pacientes que mantienen un NCR alto dos semanas despues de la evaluacion inicial</p>		
V01A	EXTRACTO ALERGENICO DE DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS / EXTRACTO ALERGENICO DE DERMATOPHAGOIDES FARINAE	ACARIZAX 12 SQ-HDM 30 LIOFILIZADOS SUBLINGUALES	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>Restringido a pacientes adultos (18-65 años), diagnosticados por su historia clínica y prueba positiva de sensibilización a ácaros del polvo domestico (prueba cutánea de prick y/o ige especifica), que presenten asma alérgica por ácaros del polvo domestico, parcialmente controlada con corticosteroides inhalados y asociada a rinitis alérgica por ácaros del polvo domestico, de leve a severa. El estado del asma del paciente debe ser cuidadosamente evaluado antes de iniciar el tratamiento.</p> <p>En el ambito del SNS se limita su dispensacion, mediante visado para el tratamiento de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Rinitis moderada o grave inducida por acaros del polvo domestico (prueba de puncion cutanea o prueba de IgE especifica) en adolescentes (de 12 a 17 años) y en adultos. -El tratamiento debera ser prescrito a pacientes con un diagnostico confirmado y debera ser iniciado por medicos con experiencia en el tratamiento de enfermedades alergicas. -Duracion del tratamiento limitada a 3 años. Los pacientes seran evaluados cada año, y si no se observa beneficio clinico tras el primer año de administracion, se suspendera el tratamiento. 		Especialista en Alergología o Neumología.
		ACARIZAX 12 SQ-HDM 90 LIOFILIZADOS SUBLINGUALES	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
		ACTAIR 100 IR & 300 IR 31 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES (3 DE 100 IR + 28 DE 300 IR) ACTAIR 300 IR 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES ACTAIR 300 IR 90 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
	EXTRACTO POLEN PHLEUM PRATENSE	GRAZAX 75000 SQ-T 30 LIOFILIZADOS SUBLINGUALES GRAZAX 75000 SQ-T 90 LIOFILIZADOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	<p>- Tratamiento de la rinitis y conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en pacientes adultos y niños (de 5 años o mayores) con síntomas clínicamente relevantes y disgnosticados mediante prueba cutánea de prick positiva y/o test de IgE específica a polen de gramíneas.</p>		



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTROS MEDICAMENTOS

G. ATC	Princ. Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
V01A	POLEN GRAMINEA EXTRACTO ALERGÉNICO	ORALAIR 300 IR 30 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	-Tratamiento de la rinitis alérgica con o sin conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en adultos, adolescentes y niños (mayores de cinco años) con síntomas clínicamente relevantes, conformada por una prueba cutánea positiva y/o prueba positiva de IgE específica al polen de gramíneas.		
	POLEN GRAMINEA EXTRACTO ALERGÉNICO / POLEN GRAMINEA EXTRACTO ALERGÉNICO	ORALAIR INICIO 100/300 IR 1 X 3 + 1 X 28 COMPRIMIDOS SUBLINGUALES	FINANCIADO	- Tratamiento de la rinitis alérgica con o sin conjuntivitis inducida por polen de gramíneas en adultos, adolescentes y niños (mayores de cinco años) con síntomas clínicamente relevantes, confirmada por una prueba cutánea positiva y/o por una prueba positiva de IgE específica al polen de gramíneas.		
V03A	CICLOSILICATO DE SODIO Y ZIRCONIO	LOKELMA 10G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL LOKELMA 5G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Lokelma esta indicado para el tratamiento de la hiperpotasemia en pacientes adultos. En el ámbito del SNS se limita su prescripción y dispensación, mediante visado para ser prescrito por especialistas en nefrología, cardiología y medicina interna, a pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.		
	PATIROMERO CALCICO	VELTASSA 16,8G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL VELTASSA 8,4G 30 SOBRES POLVO PARA SUSPENSION ORAL	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Tratamiento de la hiperpotasemia en adultos, estableciendo reservas singulares en el ámbito del SNS, consistente en limitar su prescripción y dispensación, mediante visado para ser prescrito por especialistas en nefrología, cardiología y medicina interna, a pacientes con ERC avanzada e insuficiencia cardíaca grado III-IV y con hiperpotasemia leve a moderada (5,5-6,4 mmol/litro), en tratamiento con inhibidores del SRAA y en los que se considere imprescindible su continuación, y con fracaso o intolerancia a resinas de intercambio iónico.		Nefrología, Cardiología y Medicina Interna
V04C	UREA	TAU-KIT 100MG 1 COMPRIMIDO SOLUBLE	FINANCIADO	- Diagnóstico in vivo de la infección gástrica o duodenal por Helicobacter pylori.	Resolución de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.	Médico Especialista. Continuación de Tratamiento: Circular 6/96 de 30 de Julio del SAS
		UBTEST100MG 1 COMPRIMIDO RECUBIERTO CON PELICULA	FINANCIADO			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTRAS VACUNAS

G. AT	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
J07B	AG HEPATITIS B	<p>ENGERIX B 20MCG 1 JERINGA PRECARGADA 1ML</p> <p>ENGERIX-B JUNIOR 10MCG/0,5ML 1 JERINGA 0,5ML SUSPENSION INYECTABLE</p>	<p>FINANCIADO</p> <p>FINANCIADO</p>	<p>- Prevención de la Hepatitis B en individuos con alto riesgo de contraer la infección (se especifican en circular 7/ 92 del SAS).</p> <p>- Se recomienda la vacunación en los grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Personal sanitario o que trabaje en instituciones sanitarias expuestos a contactos con sangre. * Pacientes adultos en prediálisis y hemodiálisis. * Pacientes que van a ser sometidos a transfusiones múltiples o que sean receptores de factores de coagulación. * Personas que practiquen punciones cutáneas frecuentes no controladas médicamente (drogadictos por inyección). * Varones homosexuales que tengan contactos múltiples. * Deficientes mentales ingresados en instituciones cerradas y personal que trabaje en ellas. * Reclusos de larga estancia y personal penitenciario. * Personas que tengan contactos sexuales y familiares que convivan con portadores del virus de la Hepatitis B. * Niños nacidos de madres portadoras. * Personal que haya tenido una exposición accidental percutánea o a través de mucosas con sangre presuntamente contaminada con Antígeno HBs. * Personas heterosexuales con múltiples contactos sexuales. * Personas que tengan intención de residir durante más de seis meses en países o zonas endémicas que puedan tener contacto íntimo con la población 	Real Decreto 93/89 ; Circular 7/92 SAS	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

OTRAS VACUNAS

G. AT	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
J07B	AG HEPATITIS B			local. Viajeros ocasionales a zonas endémicas que tengan probabilidad de contacto con sangre procedente de residentes o contacto sexual con éstos. * En otros casos concretos donde concurren circunstancias que hagan necesario el uso de la vacuna.		
	HEPATITIS A, VIRUS INACTIVADOS	AVAXIM 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML + AGUJA SUSPENSION INYECTABLE	FINANCIADO	Inmunización activa frente a la infección por el virus de la hepatitis A, en personas en riesgo de exposición al VHA (los grupos de población considerados de riesgo se especifican en la C 15/98 de la DGFYPS). HAVRIX, no previene la hepatitis causada por otros germenés tales como el virus de la hepatitis B, hepatitis C, hepatitis E u otros patógenos conocidos que pueden infectar el hígado. No se conoce la duración de la inmunidad de la vacuna. Los individuos con anticuerpos específicos frente al VHA no precisan de la vacunación, no obstante, no es necesaria la realización de estudios serológicos previos a la vacunación. La vacunación de personas inmunes no presenta riesgo añadido.	Dirección General de Farmacia y P. Sanitarios ; C/15/98 D. G. Farmacia y P. S.; Circular 12/97	Cualquier médico del Sistema Sanitario Público
		HAVRIX 1440 1 JERINGA PRECARGADA 1ML SUSPENSION INYECTABLE	FINANCIADO			
HAVRIX 720 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SUSPENSION INYECTABLE		FINANCIADO				