



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	GRANISETRON	GRANISETRON AUROVITAS SPAIN1MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERT PELIC 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	
	ONDANSETRON	ONDANSETRON ARISTO 4MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	- Control de las náuseas y vómitos inducidos por quimioterapia citotóxica y radioterapia. - Prevención y tratamiento de los vómitos y náuseas posoperatorios (NVPO). Resolución SA 020/14 de 14 de febreiri de 2014: "Tratamiento de niños mayores de un año con vómitos cíclicos incoercibles que no responden al tratamiento con domperidona"
		ONDANSETRON ARISTO 8MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON ARISTO 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON BLUEFISH 4MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		ONDANSETRON BLUEFISH 8MG 10 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		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 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	
		YATROX 8MG 15 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A04A	ONDANSETRON	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	JORVEZA 0,5MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	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-estenosante: 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.
		JORVEZA 1MG 60 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
A09A	PANCREATINA	KREON 10000 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	- Tratamiento de insuficiencia pancreática exocrina .
		KREON 10000 250 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
		KREON 25000 U 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
		KREON 25000 U 50 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
		KREON 35.000U 100 CAPSULAS DURAS GASTRORRESISTENTES	FINANCIADO	
		KREON 5000U/100MG 1 FRASCO 20G GRANULADO GASTRORRESISTENTE	FINANCIADO	
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-dihidroxivitamina D3.
	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.
		ROCALTROL 0,5MCG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
	PARICALCITOL	ZEMPLAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	- 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.
B01A	CILOSTAZOL			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
B01A	CILOSTAZOL	EKISTOL 50MG 56 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	
	TICLOPIDINA	TICLOPIDINA CINFA 250MG 50 COMP RECUB EFG	FINANCIADO	- 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. - Prevención de los Accidentes Tromboembólicos, especialmente coronarios, en pacientes portadores de una arteriopatía crónica ocluyente de los miembros inferiores en estadio de claudicación intermitente. - Prevención y corrección de los trastornos plaquetarios inducidos por circuitos extracorpóreos: * Cirugía con circulación extracorpórea * Hemodiálisis crónica. - Prevención de la progresión del número de microaneurismas en diabéticos insulín dependientes con retinopatía inicial. - Prevención de oclusiones tras procedimientos quirúrgicos coronarios: * En cirugía de derivación aortocoronaria. * En angioplastia coronaria transluminal percutánea con colocación de prótesis endovascular (STENT).
C01B	DRONEDARONA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
C01B	DRONEDARONA	DRONEDARONA ARISTO 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELICULA EFG	FINANCIADO	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.
		DRONEDARONA AUROVITAS SPAIN 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUB PELIC (PVC/AL) EFG	FINANCIADO	
		DRONEDARONA TEVA 400MG 60 COMPRIM RECUB PELIC (BLIS PVC-AL) EFG	FINANCIADO	
		MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		MULTAQ 400MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
C02A	GUANFACINA	INTUNIV 1MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	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 DETERMINADAS INDICACIONES	
		INTUNIV 3MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	
		INTUNIV 4MG 28 COMPRIMIDOS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	
D05B	ACITRETINA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D05B	ACITRETINA	ACITRETINA IFC 10MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	- Indicado en el tratamiento de alteraciones de la piel como psoriasis, ictiosis y enfermedad de Darier. INDICACIÓN AUTORIZADA POR: RESOLUCIÓN 0153/2011 DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS - Tratamiento de la pitiriasis rubra pilaris, en aquellos casos en los que se presente, además, falta de respuesta, intolerancia o contraindicación a esteroides. RESOLUCION SA 0007/13 de 16 de enero de 2013: "Tratamiento del liquen plano en pacientes refractarios a corticoides orales"
		ACITRETINA IFC 25MG 30 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NEOTIGASON 10MG 30 CAPSULAS	FINANCIADO	
		NEOTIGASON 25MG 30 CAPSULAS	FINANCIADO	
	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 BLANDAS EFG	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.
		DERCUTANE 10MG 50 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D10B	ISOTRETINOINA	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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
D10B	ISOTRETINOINA	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	
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			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
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.
		ELONVA 100MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE ELONVA 150MCG 1 JERINGA PRECARGADA 0,5ML SOLUCION INYECTABLE	FINANCIADO 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 combinación con gonadotropina coriónica humana(hCG).
G03G	CORIFOLITROPINA ALFA			
	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	- Anovulación, incluyendo Enfermedad Ovárica Poliquística (PCOD), en mujeres que no hayan respondido al tratamiento con citrato de clomifeno. - 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). - Gonal-F administrado de forma concomitante con gonadotrofina coriónica humana (HCG) está indicado para estimular la espermatogénesis en varones con hipogonadismo hipogonadotrofo congénito o adquirido. - 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.
		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	
G03G	FOLITROPINA ALFA	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	- 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	-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	- Luveris, asociado a un preparado de Hormona Foliculoestimulante (FSH), 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/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	Tratamiento de esterilidad en las siguientes situaciones: * 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. * 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. * Esterilidad en hombres con hipogonadismo hipo o normogonadotropico: en combinación con hCG para estimular la espermatogenesis.
		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	
		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	
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	CEZIBOE 0,25MG 1 JERINGA PRECARGADA SOLUCION INYECTABLE	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.
	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.
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	GANIRELIX	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	- Tratamiento de pacientes con acromegalia en los que el tratamiento convencional es inadecuado o ineficaz. - Tratamiento de los síntomas clínicos asociados a tumores neuroendocrinos (tumores carcinoides, Vipomas, gastrinomas, glucagonomas, insulinomas).
		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	YSELTY 200MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Ysely está indicado en mujeres adultas en edad reproductiva para el tratamiento sintomático de la endometriosis en mujeres con antecedentes de tratamiento médico o quirúrgico previo de endometriosis (ver sección 5.1). // La financiación se restringe 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 4,0 en al menos 2 días para dismenorrea y: 1. Tengan una puntuación media NRS para dolor pélvico no menstrual (DPNM) 2,5; o 2. Tengan una puntuación media NRS para DPNM 1,25 y NRS para DPNM 5,0 en 4 días. 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 ésta 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 .



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H01C	LINZAGOLIX COLINA	YSELTY 100MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Yselyt 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	- 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. - 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. - Cirugía Pancreática: prevención de las complicaciones surgidas tras cirugía pancreática. - 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. Resolución SA 0457/13 de 1 de Agosto: "Tratamiento del Sangrado recurrente por angiodisplasias intestinales"
		OCTREOTIDA GP PHARM 1MG/5ML (0,2MG/ML) 1 VIAL 5ML SOLUC INYECTAB 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	Tratamiento de pacientes con acromegalia para los que la cirugía no es adecuada o no es eficaz, o en el periodo intermedio hasta que la radioterapia sea completamente eficaz. Tratamiento de pacientes con síntomas asociados con tumores endocrinos gastroenteropancreáticos funcionales p.ej. tumores carcinoides con características del síndrome carcinoide. Tratamiento de pacientes con tumores neoureendocrinos avanzados del intestino o tumor primario de origen desconocido donde se han excluido los lugares de origen no intestinal. Tratamiento de adenomas de la pituitaria secretores de TSH: cuando la secreción no se ha normalizado después de la cirugía y/o la radioterapia; en pacientes para los que la cirugía no es adecuada; en pacientes irradiados, hasta que la radioterapia sea eficaz. Resolución SA 032221/15 de 19 de octubre de 2015: Tratamiento de sangrado recurrente por angiodisplasias intestinales.
		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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
H02A	METILPREDNISOLONA	URBASON 40MG 20 COMPRIMIDOS	FINANCIADO	- Todas las indicaciones propias de la corticoterapia por vía sistémica, excepto en estados que comporten riesgo vital (como shock), que precisan vía intravenosa. - 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.
H05B	PARICALCITOL	PARICALCITOL AUROVITAS SPAIN 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	Paricalcitol esta indicado en la prevencion y tratamiento del hiperparatiroidismo secundario asociado con insuficiencia renal cronica (enfermedad renal cronica, estadios 3 y 4) y fallo renal cronico (enfermedad renal cronica estadio 5) tanto en pacientes sometidos a hemodialisis como a dialisis peritoneal.
		PARICALCITOL CINFA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PARICALCITOL NORMON 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PARICALCITOL STADA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PARICALCITOL TEVA 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
		PLEOPAR 1MCG 28 CAPSULAS BLANDAS EFG	FINANCIADO	
J01D	CEFOTAXIMA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFOTAXIMA	CEFOTAXIMA NORMON IM 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG	FINANCIADO	- Infecciones graves causadas por gérmenes sensibles a la cefotaxima tales como: * Infecciones del tracto respiratorio superior e inferior. * Infecciones renales y de vías urinarias, incluyendo enfermedad gonococica no complicada, celulitis pelvica, 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	CEFOTAXIMA NORMON IV 1G/VIAL 1 INYECTABLE 4ML EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01D	CEFOXITINA	CEFOXITINA NORMON 1G 1 INY IV 10ML EFG	FINANCIADO	- En el tratamiento de las siguientes infecciones graves causadas por gérmenes sensibles: * 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	- 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	FINANCIADO	- 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, cardíacos y artríticos de Borreliosis de Lyme.
		CEFTRIAXONA FRESENIUS KABI 1G 10 VIALES POLVO SOLUC INYECT I.V. EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 1G IM 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 1000MG 1 VIAL + 1 AMPOLLA POLVO Y DISOLVENTE PARA SOL INYECT IV EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 250MG IM 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 500MG IM 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	
		CEFTRIAXONA NORMON 500MG IV 1 INYECTABLE EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J01F	CLINDAMICINA	CLINDAMICINA NORMON 300MG/2ML 1 VIAL 2ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	- En el tratamiento de las siguientes infecciones graves causadas por gérmenes sensibles: * Infecciones del tracto respiratorio inferior, tales como empiema, neumonia y absceso pulmonar. * Infecciones de la piel y tejidos blandos. * Infecciones intraabdominales, tales como peritonitis y absesos intraabdominales. * Infecciones óseas y articulares, tales como osteomielitis y artritis séptica. * Septicemia. * Infecciones del tracto genital femenino, tales como endometritis, infecciones vaginales postquirurgicas, absesos tubo-ováricos no gonocócicos, celulitis pélvica, salpingitis y enfermedades inflamatoria pelvica aguda, siempre y cuando se administre simultáneamente un antibiótico de adecuado espectro frente a bacterias gram-negativas aerobias. - La Clindamicina puede considerarse una alternativa para el tratamiento y la profilaxis de infecciones graves causadas por cepas sensibles de cocos Gram-positivos aerobios. Sin embargo, no se considera como tratamiento de primera elección en estas infecciones a menos que se trate de pacientes alérgicos a Penicilinas o en los que otros antibióticos menos tóxicos esten contraindicados. - Clindamicina, en combinación con otros fármacos antiprotozoarios, es efectiva en el tratamiento de las siguientes infecciones: * EncefalitisToxiplasmática en pacientes con SIDA. La asociación con Pirimetamina ha demostrado ser eficaz en aquellos pacientes que presentan intolerancia al tratamiento convencional. * Neumonía por Pneumocystis Carinii en pacientes con SIDA. Clindamicina puede utilizarse en combinación con Primaquina en aquellos pacientes que no toleran o no responden
		CLINDAMICINA NORMON 600MG/4ML 1 VIAL 4ML SOLUCION INYECTABLE EFG	FINANCIADO	



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	
J07A	AG H.INFLUENZAE TIPO B			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
J07A	AG H.INFLUENZAE TIPO B	HIBERIX POLVO Y DISOLVENTE PARA SOLUCION INYECTABLE 1 VIAL + 1 JER PREC	FINANCIADO	- Vacunacion primaria de niños a partir de 2 meses de edad incluidos en algunos de los siguientes grupos: * Niños con asplenia, anemia falciforme o inmunodeficientes. * Niños infectados con VIH asintomáticos o sintomáticos. * En aquellas situaciones que determinen las autoridades sanitarias correspondientes. INDICACIONES AUTORIZADAS POR RESOLUCIONES DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL SAS: -Resolución 0228/10. Pacientes que vayan a ser esplenectomizados y no hayan sido previamente inmunizados frente a este microorganismo. -Resolución 29/11. Pacientes que hayan sido sometidos a un trasplantes de progenitores hematopoyéticos.
	ANTIGENO POLISACARIDO MENINGOCOCO GR C / PROTEINA CRM 197 DE LA DIFTERIA			



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	MENJUGATE 10MCG 1 JERINGA PRECARGADA DE 0,6ML SUSPENSION INYECTABLE	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	FINANCIADO	Tratamiento de las siguientes neoplasias: - 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.
		VEPESID 50MG 20 CAPSULAS BLANDAS	FINANCIADO	
L01X	ANAGRELIDA			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
L01X	ANAGRELIDA	ANAGRELIDA GLENMARK 0,5MG 100 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	- 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. Un paciente de riesgo con trombocitemia esencial se define por una ó más de las siguientes 3 características: > 60 años. - Recuento de plaquetas > 1.000 * 1.000.000.000 / L - Antecedentes de acontecimientos trombohemorragicos.
		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	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 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).



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	En el Hombre: - Tratamiento del carcinoma de próstata avanzado hormono-dependiente. 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. En Niños: - Tratamiento de la pubertad precoz central (PPC) (niñas menores de 9 años y niños menores de 10 años.) 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. POR DICTAMEN DEL COMITÉ TÉCNICO PARA LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN SITUACIONES ESPECIALES Y DE LOS NO INCLUIDOS EN LA FINANCIACIÓN DEL SNS: -Supresión del desarrollo puberal en personas transexuales, en la infancia y adolescencia.
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	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.
		PIROXICAM CINFA 20MG 20 COMPRIMIDOS DISPERSABL EFG	FINANCIADO	
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
N05B	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 .
		DIACOMIT 250MG 60 SOBRES POLVO SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
	RUFINAMIDA	INOVELON 100MG 10 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	- 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.
		INOVELON 200MG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
N04B	APOMORFINA	INOVELON 40MG/ML 1 FRASCO DE 460ML SUSPENSION ORAL	FINANCIADO	
		INOVELON 400MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	



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 5 VIALES 20ML SOLUCION PARA PERFUSION EFG	FINANCIADO	
		KYNMOBI 10MG 30 PELICULAS SUBLINGUALES	FINANCIADO	Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.
		KYNMOBI 15MG 30 PELICULAS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		KYNMOBI 20MG 30 PELICULAS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		KYNMOBI 25MG 30 PELICULAS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
		KYNMOBI 30MG 30 PELICULAS SUBLINGUALES	FINANCIADO	
	APOMORFINA / APOMORFINA / APOMORFINA / ...	KYNMOBI 10MG + 15MG + 20MG + 25MG + 30MG 10 PELICULAS SUBLINGUALES (2 X 10MG, 2 X 15MG, 2 X 20MG, 2 X 25MG, 2 X 30MG)	FINANCIADO	Kynmobi está indicado para el tratamiento intermitente de los episodios OFF en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), que no estén suficientemente controlados mediante la medicación antiparkinsoniana oral.
	TOLCAPONE			



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N04B	TOLCAPONE	TASMAR 100MG 100 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	-En combinación con levodopa/benzerasida o levodopa/carbidopa emn 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 hepatico agudo, potencialmente mortal, no se debe considerar como un tratamiento de primera linea 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	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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06B	LISDEXANFETAMINA	ELVANSE 30MG 30 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	Esta indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Deficit de Atencion - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clinicamente inadecuada. El tratamiento debe estar bajo la supervision de un especialista en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes. El diagnostico debe realizarse segun los criterios de DSM-IV o las directrices incluidas en CIE-10. Elvanse también está indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adultos con síntomas previos de TDAH en la infancia.(nueva indicación)
		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	
		ARICEPT FLAS 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES	FINANCIADO	
		ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	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 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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO ALTER 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO FLAS AUROVITAS SPAIN 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO KERN PHARMA 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICU EFG	FINANCIADO	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	DONEPEZILO QUALIGEN 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		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 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO STADA 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DONEPEZILO STADA 5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

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



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO	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 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		YASNAL 5MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
	DONEPEZILO CLORHIDRATO / MEMANTINA	ARICEPT 10MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	Tratamiento sintomático de la Enfermedad de Alzheimer en sus formas de leve a moderadamente grave.
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	DONEPEZILO CLORHIDRATO / MEMANTINA	DOMEX 10/20MG 28 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	- Tratamiento sintomático de la demencia tipo Alzheimer en sus formas de leves o moderadamente graves.
	GALANTAMINA	GALANTAMINA AUROVITAS SPAIN 16MG 28 CAP DURAS LIBERAC PROLONG EFG	FINANCIADO	
		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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	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	
		GALANTAMINA VIATRIS 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 16MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 24MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		GALNORA 8MG 28 CAPS DURAS LIBERAC PROLONGADA (PVC/PE/PVDC/AL) EFG	FINANCIADO	
		REMINYL 16MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	GALANTAMINA	REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS DE LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		REMINYL 24MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA	FINANCIADO	
		REMINYL 4MG/ML FRASCO 100ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		REMINYL 8MG 28 CAPSULAS DURAS LIBERACION PROLONGADA	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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	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	
		MEMANTINA ARISTO 10MG/ML 100ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA ARISTO 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 10MG 112 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA AUROVITAS SPAIN 20MG 56 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES 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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	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 MYLAN 10MG 112 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		MEMANTINA MYLAN 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	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	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	MEMANTINA	PROTALON 10MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		PROTALON 20MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
	MEMANTINA / MEMANTINA / MEMANTINA / ...	AXURA 5/10/15/20MG 7 X 5MG + 7 X 10MG + 7 X 15MG + 7 X 20MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA BLISTER (ALU/PP)	FINANCIADO	- Tratamiento de pacientes con Enfermedad de Alzheimer de moderada a grave.
		EBIXA 5/10/15/20MG 7X5+7X10+7X15+7X20 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA	FINANCIADO	
		MEMANTINA KERN PHARMA 5MG + 10MG + 15MG + 20MG 28 COMPRIMIDOS (7X5MG + 7X10MG + 7X15MG + 7X20MG) EFG	FINANCIADO	
	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.
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	EXELON 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 4,6MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	FINANCIADO	
		EXELON 9,5MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS	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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA ARISTO 13,3MG/24H 60 (2 X30)PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ARISTO 4,6MG/24H 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/24 H 60 SOBRES (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 13,3MG/24H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS (2 X 30) (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 4,6MG/24H 60 (30X2) PARCHES TRANSD EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA AUROVITAS SPAIN 9,5MG/24 H 60 SOBRES (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	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 4,6MG/24 H 30 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 13,3MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 13,3MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPELPET/AL/LAS POL D) 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	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 9,5MG/24H 60 PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL/LAS POL D) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 13,3MG/24 H 60 (2 X 30) PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 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 SANDOZ 4,6MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 9,5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 13,3MG/24 H 60 (2X 30) PARCHES TRANSDERMICOS 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 9,5MG/24H 60 (2X30) PARCHES TRANSD (PAPEL/PET/PE/AL/LASPOLD) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TECNIGEN 9.5 G/24 H 60 (2X30) SOBRES PARCHES TRANSDERMICOS (PAPEL/PET/AL/LAS POL D) EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA TECNIGEN 9.5MG/24 H 60 PARCHES TRANSDERMICOS EFG	FINANCIADO	
		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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	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	
		EXELON 1,5MG 112 CAPSULAS GELATINA DURA	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.
		EXELON 1,5MG 28 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		EXELON 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL	FINANCIADO	
		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 6MG 112 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	EXELON 6MG 56 CAPSULAS DURAS	FINANCIADO	
		NIMVASTID 1,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 3MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		NIMVASTID 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA ABABOR 2MG/ML 1 FRASCO DE 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA CINFA 2MG/ML 120ML SOLUCION ORAL 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 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA KERN PHARMA 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 3MG 112 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 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA KERN PHARMA 6MG 56 CAPSULAS DURAS 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	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA NORMON 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS (AL/PVC/PVDC) 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 ORTODROL 2MG/ML FRASCO 120ML C/ JERINGA DOSIFICADORA SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 3MG 112 CAPSULAS DURAS 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	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 4,5MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO
DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
N06D	RIVASTIGMINA	RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA SANDOZ 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		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 6MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA STADAFARMA 6MG 56 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIR 1,5MG 112 CAPSULAS DURAS EFG	FINANCIADO	
		RIVASTIGMINA VIR 2MG/ML FRASCO 120ML SOLUCION ORAL EFG	FINANCIADO	



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	-Tratamiento de la sobrecarga férrica crónica debida a transfusiones sanguíneas frecuentes ($\geq 7\text{ml/kg/mes}$ de concentrado de hematíes) en pacientes con beta talasemia mayor, de edad igual o superior a 6 años. -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: * pacientes con otras anemias, * pacientes de 2 a 5 años, *pacientes con beta talasemia mayor con sobrecarga férrica debida a transfusiones sanguíneas poco frecuentes($< 7\text{ml/kg/mes}$ 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	
		DEFERASIROX VIVANTA 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		DEFERASIROX VIVANTA 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG	FINANCIADO	
		EXJADE 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	
		EXJADE 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO	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".
		FERUPANTIL 360MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	



MEDICAMENTOS SOMETIDOS A VISADO

DIAGNÓSTICO HOSPITALARIO

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación
V03A	DEFERASIROX	FERUPANTIL 90MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS PELICULA EFG	FINANCIADO	
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 hiper- reactividad de las vías aéreas bronquiales en pacientes sin asma clínicamente aparente.