



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 MADAUS 3,5G 30 SOBRES POLVO EFERVESCENTE	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 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.		
C10B						



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
C10B	ROSUVASTATINA / EZETIMIBA	VAXAR PLUS 30/10MG 30 COMPRIMIDOS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	<p>-Restriccion para su uso en Hipercolesterolemia primaria: Rosuvastatina/Ezetimiba esta indicado como adyuvante de la dieta para el tratamiento de la hipercolesterolemia primaria como terapia de sustitucion en pacientes adultos adecuadamente controlados con los productos individuales , dados simultaneamente en el mismo nivel de dosis que en la combinacion de dosis fija, pero como productos separados, es decir, pacientes en tratamiento previo y controlados con rosuvastatina 30 mg y ezetimiba 10 mg. El inicio del tratamiento o el ajuste de la dosis, si fuera necesario, solo se debe efectuar con los monocomponentes y, una vez establecidas las dosis correspondientes es posible cambiar a la combinacion de dosis fija de la concentracion adecuada.</p> <p>-Restriccion para su uso en Prevencion de eventos cardiovasculares: Rosuvastatina/Ezetimiba esta indicado para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (ver seccion 5.1) como terapia de sustitucion en pacientes adultos con cardiopatía coronaria (CC) y antecedentes de síndrome coronario agudo (SCA), que estan adecuadamente controlados con los productos individuales administrados simultaneamente al mismo nivel de dosis que en el medicamento de combinacion fija, pero como productos separados, es decir, pacientes en tratamiento previo y controlados con rosuvastatina 30 mg y ezetimiba 10 mg. El inicio del tratamiento o el ajuste de la dosis, si fuera necesario, solo se debe efectuar con los monocomponentes y, una vez establecidas las dosis correspondientes</p>		



MEDICAMENTOS FINANCIADOS CIERTAS INDICACIONES

G. ATC	Principio Activo	Especialidades	Financiación	Indicación	Normativa	Médico
C10B	ROSUVASTATINA / EZETIMIBA	ALZIL PLUS 40/10MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	es posible cambiar a la combinación de dosis fija de la concentración adecuada. Se limita su prescripción y dispensación, mediante visado, para la siguiente indicación: como adyuvante de la dieta para el tratamiento de la hipercolesterolemia primaria en pacientes adultos como terapia de sustitución en pacientes adecuadamente controlados con los monocomponentes administrados de forma concomitante en el mismo nivel de dosis que en la combinación a dosis fijas, pero como medicamentos separados, es decir, pacientes en tratamiento previo y controlados con rosuvastatina 40 mg y ezetimiba 10 mg. El inicio del tratamiento o el ajuste de la dosis, si fuera necesario, solo se debe efectuar con los monocomponentes y, una vez establecidas las dosis adecuadas, es posible cambiar a la combinación de dosis fija de la concentración adecuada.		
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	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para realizar la prescripción del medicamento los pacientes deben estar incluidos en un programa de apoyo (individual y/o grupal) de deshabituación 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 prescripción de este medicamento se restringe a los/las medicos profesionales que asi se definan en el programa de deshabituación tabaquica en cada CCAA/INGESA o Mutualidad. -Cada prescripción 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. -Los pacientes deberan ser tratados durante 7-9 semanas. El tratamiento debera ser interrumpido si no se observa efecto alguno a las siete semanas. -La dispensación 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	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 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 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 deshabituacion 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>CHAMPIX 0,5MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA</p> <p>CHAMPIX 1MG 56 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA</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>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	<p>BYTEQI 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>CHAMPIX 0,5MG Y 1MG 11X0,5MG + 14X1MG + 28X1MG COMPR REC CON PELIC</p> <p>CUITVAR 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA EFG</p> <p>VARENICLINA NORMON 0,5MG + 1MG (11 X 0,5MG + 42 X 1MG) 53 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>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. 		
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.		
		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 SUPOSITORIOS NIÑOS	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Pacientes neoplásicos con tos persistente.		
		TUSCALMAN 3MG/ML 150ML JARABE	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES			
S01X	CARBOMERO	SICCAFLUID 0,25% 10G GEL OFTALMICO	FINANCIADO DETERMINADAS INDICACIONES	Alivio de la sequedad ocular en pacientes afectos de síndrome de Sjörgen.		
		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.		
	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.		