

Número	Denominación Genérica	Forma Farmacéutica	Vía de administración/ Consideración de uso	Concentración o Presentación (según aplique)	Fracción (Art. 226 LGS)	Denominación Distintiva	Registro Sanitario No.	Titular	Proceso de clasificación	Situación actual	Indicación terapéutica
1	Eritropoyetina alfa	Solución	Subcutánea o Intravenosa / Inyectable	2000 UI/0.3 mL 4000 UI/0.3 mL 2000 UI/mL 4000 UI/mL 10 000 UI/2 mL 50 000 UI/10 mL	IV	BIOYETIN	306M98 SSA	Probiomed, S.A. de C.V.	Prórroga	Vigente	Antianémico, estimulante de eritropoyesis.
2	Filgrastim	Solución	Subcutánea / Inyectable	30 MU/0.5 mL	IV	ZARZIO	395M2014 SSA	Sandoz GmbH	Prórroga	Vigente	Neutropenia.
3	Filgrastim	Solución	Subcutánea / Inyectable	300 mcg/mL	IV	FILATIL	101M2001 SSA	Probiomed, S.A. de C.V.	Prórroga	Vigente	Neutropenia, leucemia mieloide.
4	Folitropina alfa	Solución	Subcutánea / Inyectable	75 UI/0.15 mL 150 UI/0.3 mL 225 UI/0.45 mL 300 UI/0.6 mL	IV	CORNEUMON	081M2017 SSA	Laboratorios Corne, S.A. de C.V.	Registro	Vigente	Estimulante de la función ovárica.
5	Infliximab	Solución	Intravenosa / Inyectable	100 mg	IV	REMSIMA	398M2014 SSA	Celltrion, Inc.	Prórroga	Vigente	Artritis reumatoide. Espondilitis anquilosante. Artritis psoriásica. Psoriasis. Enfermedad de Crohn pediátrica y en adultos. Enfermedad de Crohn fistulizante. Colitis ulcerativa.
6	Infliximab	Solución	Intravenosa / Inyectable	100 mg	IV	IXIFI	160M2019 SSA	Pfizer, S.A. de C.V.	Registro	Vigente	Artritis reumatoide. Espondilitis anquilosante. Artritis psoriásica. Psoriasis. Enfermedad de Crohn pediátrica y en adultos. Enfermedad de Crohn fistulizante. Colitis ulcerativa.
7	Insulina glargina	Solución	Subcutánea / Inyectable	100 UI/mL	IV	GALACTUS	091M2015 SSA	Laboratorios Pisa, S.A. de C.V.	Registro	Vigente	Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 1 y Diabetes mellitus tipo 2.
8	Insulina glargina	Solución	Subcutánea / Inyectable	100 UI/mL	IV	VALVEY	078M2017 SSA	Wockhardt Limited	Registro	Vigente	Para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.
9	Insulina glargina	Solución	Subcutánea / Inyectable	100 U/mL	IV	ABASAGLAR	352M2015 SSA	Eli Lilly and Company	Registro	Vigente	Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2.
10	Interferón alfa 2b	Solución	Subcutánea, Intramuscular, Intravenosa / Inyectable	3 MUI 5 MUI 10 MUI	IV	URIFRON	458M97 SSA	Probiomed, S.A. de C.V.	Prórroga	Vigente	Antiviral.

Número	Denominación Genérica	Forma Farmacéutica	Vía de administración/ Consideración de uso	Concentración o Presentación (según aplique)	Fracción (Art. 226 LGS)	Denominación Distintiva	Registro Sanitario No.	Titular	Proceso de clasificación	Situación actual	Indicación terapéutica
11	Interferón beta 1b	Solución	Subcutánea / Inyectable	8 MUI	IV	URIBETA	529M2001 SSA	Probiomed, S.A. de C.V.	Prórroga	Vigente	Esclerosis múltiple remitente recurrente y Esclerosis múltiple secundaria progresiva con enfermedad activa, evidenciada por recaídas o deterioro neurológico marcado en los últimos dos años.
12	Interferón beta 1b	Solución	Subcutánea / Inyectable	8 MUI	IV	ARABINEV	313M2017 SSA	Laboratorios Pisa, S.A. de C.V.	Registro	Vigente	Para el tratamiento de evento clínico sugestivo de esclerosis múltiple (Síndrome clínicamente aislado), Esclerosis múltiple remitente recurrente y Esclerosis múltiple secundaria progresiva con enfermedad activa, evidenciada por recaídas o deterioro neurológico marcado en los dos últimos años.
13	Rituximab	Solución	Intravenosa / Inyectable	100 mg/10 mL 500 mg/ 50 mL	IV	RIGETUXER	301M2017 SSA	Laboratorios Pisa, S.A. de C.V.	Registro	Vigente	Para el tratamiento de linfoma no Hodgkin de bajo grado, granulomatosis con poliangitis de Wegener, poliangitis microscópica.
14	Rituximab	Solución	Intravenosa / Inyectable	100 mg/10 mL 500 mg/ 50 mL	IV	ARASAMILA	015M2020 SSA	Sandoz, S.A. de C.V.	Registro	Vigente	Linfoma de no Hodgkin. Granulomatosis con poliangitis (Wegener) (GPA) y poliangitis microscópica (PAM).
15	Somatropina	Solución	Subcutánea / Inyectable	5 mg/1.5 ml (15 UI) 10 mg/1.5 ml (30 UI) 15 mg/1.5 mL (45 UI)	IV	OMNITROPE	084M2010 SSA	Sandoz, S.A. de C.V.	Prórroga	Vigente	Trastorno debido a secreción inadecuada de la hormona de crecimiento endógena. Crecimiento deficiente asociado con insuficiencia Renal Crónica. Crecimiento deficiente asociado con el Síndrome de Turner.
16	Trastuzumab	Solución	Intravenosa / Inyectable	440 mg	IV	TRAZIMERA	225M2019 SSA	Pfizer, S.A. de C.V.	Registro	Vigente	Para el tratamiento de cáncer de mama. Cáncer gástrico avanzado.

La presente versión contiene los siguientes cambios:

Incluye los medicamentos con registro sanitario No. 160M2019 SSA, 225M2019 SSA y 015M2020 SSA.