



Madrid, 27 de junio de 2017

ASUNTO: Suplemento del Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud **julio 2017**.

Se remite relación de inclusiones, modificaciones y anulaciones de medicamentos en envase normal y envase clínico reflejadas en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del SNS, del mes de **julio 2017 (independientemente de su comercialización)**.

- Este nomenclátor incluye la actualización de los precios menores de las agrupaciones homogéneas de medicamentos, de acuerdo con lo establecido en el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015 y el artículo 8.6 del Real Decreto 177/2014, aplicable desde el 1 de julio de 2017.
- El medicamento que a continuación se indica, pasa a la situación de BAJA EXCLUSIÓN FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA (facturable) al haber sido excluido de la financiación por resolución de marzo de 2017 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Pasará a ser no facturable en el mes de noviembre de 2017.

CN	NOMBRE
703582	VOLTAREN 1MG/ML 10 ENVASES UNIDOSIS COLIRIO EN SOLUCION

- Los medicamentos que a continuación se indican, pasan a ser no facturables al haber sido excluidos de la financiación por resoluciones de noviembre de 2016 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.

CN	NOMBRE
654768	LIXACOL 400MG 100 COMPRIMIDOS GASTRORRESISTENTES
729061	NOLOTIL 0,4G/ML 5 AMPOLLAS 5ML SOLUCION INYECTABLE
823799	SILARINE 80MG 30 CAPSULAS

- Por Resoluciones de **junio** de 2017 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia se ha resuelto **excluir** de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud los medicamentos que a continuación se indican estableciéndose que, de acuerdo con el artículo tercero de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 6 de abril de 1993, que



desarrolla el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud; dicha exclusión producirá efectos a los tres meses de su notificación, contados a partir del día 1 del mes siguiente a la resolución, por lo que en el mes de octubre de 2017 pasarán a la situación de BAJA EXCLUSIÓN FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA (facturable) o H-BAJA EXCLUSIÓN si son medicamentos de dispensación hospitalaria. En el mes de febrero de 2018 dejarán de ser facturables los que lo fueran:

CN	NOMBRE
611210	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 20% 20 BOLSAS 250ML
611863	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 20% 10 BOLSAS 1.000ML
613018	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 70% 20 BOLSA 250ML
613026	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 50% 20 BOLSAS 250ML
613042	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 70% 10 BOLSAS 1.000ML
613059	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 50% 20 BOLSAS 500ML
613067	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 50% 10 BOLSAS 1.000ML
916478	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 20% 1 BOLSA 250ML
916486	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 20% 1 BOLSA 500ML
933093	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 20% 1 BOLSA 1.000ML
957209	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 50% 1 BOLSA 250ML
957217	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 50% 1 BOLSA 500ML
957225	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 50% 1 BOLSA 1.000ML
962019	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 70% 1 BOLSA 250ML
962027	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 70% 1 BOLSA 500ML
962035	VIAFLEX INYECCION GLUCOSA 70% 1 BOLSA 1.000ML
779314	LEUCO-HUBBER 5 OVULOS VAGINALES

- Esta Dirección General ha resuelto para los siguientes medicamentos ya incluidos en la prestación farmacéutica del SNS (con visado de los envases normales):

CN	NOMBRE
959593	SECABIOL 300MG/ML 1 FRASCO 40ML SOLUCION ORAL
625228	SECABIOL 300MG/ML 20 FRASCOS 40ML SOLUCION ORAL

- Modificar la redacción de las indicaciones quedando como siguen:
 - Está indicado en niños y adultos en las siguientes situaciones:
 - - Tratamiento de las deficiencias primarias y secundarias de L-carnitina
 - - Tratamiento de la encefalopatía hiperamonémica y/o hepatotoxicidad debida a sobredosis/toxicidad por ácido valproico



- - Tratamiento profiláctico en pacientes en tratamiento con ácido valproico que presentan riesgo incrementado de hepatotoxicidad
- En cumplimiento de las notificaciones que los correspondientes juzgados han remitido a esta Dirección General con medidas cautelares, se ha procedido a la anotación en el nomenclátor de la situación de "**suspensión judicial de comercialización**" (**no facturable**) de los siguientes medicamentos:

CN	NOMBRE
712122	OXICODONA/NALOXONA SANDOZ 10/5MG 56 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG
712132	OXICODONA/NALOXONA SANDOZ 20/10MG 56 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG
712144	OXICODONA/NALOXONA SANDOZ 40/20MG 56 COMPRIMIDOS LIBERACION PROLONGADA EFG

- Se informa que para los siguientes medicamentos financiados este mes y que contienen PREGABALINA, se anotan en el Nomenclátor las indicaciones terapéuticas financiadas que coinciden con las recogidas en sus fichas técnicas:

CN	NOMBRE
714985	PREGABALINA PHARMACONS 150MG 56 CAPSULAS DURAS EFG
714979	PREGABALINA PHARMACONS 25MG 56 CAPSULAS DURAS EFG
714981	PREGABALINA PHARMACONS 300MG 56 CAPSULAS DURAS EFG
714982	PREGABALINA PHARMACONS 75MG 56 CAPSULAS DURAS EFG

- Esta Dirección General ha resuelto la inclusión en la prestación farmacéutica del SNS con cargo a fondos públicos del siguiente medicamento de Uso Hospitalario con los siguientes apartados:

CN	NOMBRE
713947	STELARA 130MG 1 VIAL CONCENTRADO PARA SOL PERFUS

- Financiar la única indicación terapéutica del medicamento, si bien con uso restringido en los siguientes términos: Enfermedad de Crohn: STELARA está indicado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional y a antagonistas de TNF-alfa, o como alternativa a los antagonistas de TNF-alfa cuando presenten contraindicaciones médicas a estos tratamientos.
- Se acepta el compromiso de la compañía en relación con STELARA 130 mg (destinado específicamente al uso en la inducción del tratamiento de los pacientes de Crohn): **la empresa se compromete**



a realizar un descuento directo del -25%, en abono contable en cada factura.

- Aceptar el precio industrial notificado para cuando sea dispensado fuera del SNS.
- Esta Dirección General ha resuelto la inclusión en la prestación farmacéutica del SNS con cargo a fondos públicos del siguiente medicamento de Diagnóstico Hospitalario con los siguientes apartados:

CN	NOMBRE
713432	STELARA 90MG 1 JERINGA PRECARGADA SOL INYECTABLE

- Financiar todas sus indicaciones terapéuticas, si bien con uso restringido para el tratamiento de Enfermedad de Crohn. Quedando las indicaciones financiadas como siguen:
 - Psoriasis en placas: STELARA está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas, de moderada a grave, en los adultos que no responden, tienen contraindicados o no toleran otros tratamientos sistémicos, incluyendo la ciclosporina, el metotrexato (MTX) o PUVA (psoraleno y ultravioleta A).
 - Psoriasis pediátrica en placas: STELARA está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en pacientes adolescentes de 12 años de edad en adelante, que hayan presentado una respuesta inadecuada, o que son intolerantes a otras terapias sistémicas, o fototerapias.
 - Artritis psoriásica (PsA): STELARA, sólo o en combinación con MTX, está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica activa en pacientes adultos cuando la respuesta a tratamientos previos no biológicos con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) ha sido inadecuada.
 - **Enfermedad de Crohn (uso restringido)**: STELARA está indicado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional **y a antagonistas de TNF-alfa, o como alternativa a los antagonistas de TNF-alfa cuando presenten contraindicaciones médicas a estos tratamientos.**
- Limitar su dispensación sin necesidad de visado, a los pacientes no hospitalizados, en los Servicios de Farmacia de los Hospitales y desprovisto de cupón precinto.
- Aceptar el precio industrial notificado para cuando sea dispensado fuera del SNS.
- Esta Dirección General ha resuelto para los siguientes medicamentos de Diagnóstico Hospitalario ya incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, de dispensación en los Servicios de farmacia hospitalarios y desprovistos de cupón precinto:



CN	NOMBRE
662133	STELARA 45MG 1 VIAL 0,5ML SOL INYECTABLE
665779	STELARA 45MG 1 JERINGA PREC 0,5ML SOL INYECTABLE

- Incluir la indicación para el tratamiento de Enfermedad de Crohn con uso restringido quedando las indicaciones financiadas como siguen:
 - Psoriasis en placas: STELARA está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas, de moderada a grave, en los adultos que no responden, tienen contraindicados o no toleran otros tratamientos sistémicos, incluyendo la ciclosporina, el metotrexato (MTX) o PUVA (psoraleno y ultravioleta A).
 - Psoriasis pediátrica en placas: STELARA está indicado para el tratamiento de la psoriasis en placas de moderada a grave en pacientes adolescentes de 12 años de edad en adelante, que hayan presentado una respuesta inadecuada, o que son intolerantes a otras terapias sistémicas, o fototerapias.
 - Artritis psoriásica (PsA): STELARA, sólo o en combinación con MTX, está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica activa en pacientes adultos cuando la respuesta a tratamientos previos no biológicos con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) ha sido inadecuada.
 - Enfermedad de Crohn (uso restringido): STELARA está indicado para el tratamiento de la enfermedad de Crohn activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que hayan tenido una respuesta inadecuada, presenten pérdida de respuesta o sean intolerantes al tratamiento convencional y a **antagonistas de TNF-alfa, o como alternativa a los antagonistas de TNF-alfa cuando presenten contraindicaciones médicas a estos tratamientos.**
- Aceptar el precio industrial notificado para cuando sea dispensado fuera del SNS.
- Revisar el precio
- Esta Dirección General ha resuelto para los siguientes medicamentos huérfanos de Diagnóstico Hospitalario ya incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, de dispensación en los Servicios de farmacia hospitalarios y desprovistos de cupón precinto:

CN	NOMBRE
704172	IMBRUVICA 140MG 90 CÁPSULAS DURAS
704173	IMBRUVICA 140MG 120 CÁPSULAS DURAS

- **Incluir las modificaciones en las indicaciones de leucemia linfática crónica (LLC)** en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, con cargo a fondos públicos.



Quedando la redacción de las indicaciones que se financian de la forma siguiente:

- IMBRUVICA en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con linfoma de células del manto (LCM) en recaída o refractario.
 - IMBRUVICA en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con leucemia linfática crónica (LLC) que no han sido previamente tratados.
 - IMBRUVICA en monoterapia o en combinación con bendamustina y rituximab (BR) está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con LLC que han recibido al menos un tratamiento previo
 - IMBRUVICA en monoterapia está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con macroglobulinemia de Waldenström (MW) que han recibido al menos un tratamiento previo, o en tratamiento de primera línea en pacientes en los que la inmuno-quimioterapia no se considera apropiada.
 - **La eliminación del compromiso que en su día adoptó la compañía de suministrar IMBRUVICA sin coste para el SNS a pacientes con edad igual o superior a 87 años.**
 - Revisar el precio
 - Mantener el precio notificado
- Esta Dirección General ha resuelto la inclusión en la prestación farmacéutica del SNS con cargo a fondos públicos del siguiente medicamento de Diagnóstico Hospitalario, limitando su dispensación sin necesidad de visado, a los pacientes no hospitalizados, en los Servicios de Farmacia de los Hospitales y **desprovisto de cupón precinto**. Se acepta también el precio notificado para cuando sea dispensado fuera del SNS.

CN	NOMBRE
713635	CIMZIA 200MG/ML 2 PLUMAS PREC SOLUCIÓN INYECTABLE

- Esta Dirección General ha resuelto el cambio en las condiciones de prescripción y dispensación de los siguientes medicamentos al cambiar su calificación a **Uso Hospitalario** por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Pasan a la situación de H-BAJA POR NO COMERCIALIZAR ya que ninguno de ellos era facturable con anterioridad (por su vigencia) al no estar comercializado. Además, para algunos de ellos se acepta el precio industrial notificado para cuando sean dispensados fuera del SNS.

Nº REGISTRO	NOMBRE COMERCIAL	CODIGOS NACIONALES
66306	PHYSIONEAL 40 GLUCOSA 1,36% P/V / 13,6 mg/ml CLEAR-FLEX SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650009;650011;650012; 650013;650014;650015; 650016;650017;650018



66307	PHYSIONEAL 40 GLUCOSA 2,27% P/V / 22,7 mg/ml CLEAR-FLEX SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650023;650024;650025 650026;650027;650029 650030;650031;650032
66308	PHYSIONEAL 35 GLUCOSA 1,36% P/V / 13,6 mg/ml CLEAR-FLEX SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650038;650039;650040; 650041;650042;650043; 650045;650046;650047
66309	PHYSIONEAL 35 GLUCOSA 2,27% P/V / 22,7 mg/ml CLEAR-FLEX SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650053;650054;650055; 650056;650057;650058; 650059;650060;650061
66310	PHYSIONEAL 35 GLUCOSA 3,86% P/V / 38,6 mg/ml CLEAR-FLEX SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650066;650067;650068; 650070;650071;650072; 650073;650074;650075
66390	PHYSIONEAL 40 GLUCOSA 3,86% P/V / 38,6 mg/ml CLEAR-FLEX SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650258;650260;650261; 650262;650263;650264; 650265;650266;650268

- Se aceptan los precios industriales notificados por los laboratorios para los siguientes medicamentos de Uso Hospitalario, para cuando sean dispensados fuera del Sistema Nacional de Salud, en los siguientes formatos y códigos nacionales, conforme a lo establecido en el artículo 94, puntos 4, 6 y 7 del texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

CN	NOMBRE
699529	ICLUSIG 45MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
712360	ICLUSIG 30MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
712361	ICLUSIG 15MG 30 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
714169	UPTRAVI 200 MCG 60 COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICULA
715592	TRUXIMA 500MG VIAL 50 MLCONCENTRADO PARA SOLUCION PARA PERFUSION

- Asimismo, se informa que en este mes a determinados medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica del SNS, según Resolución de 2 de agosto de 2012 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, se les ha asignado precio notificado.
- Este nomenclátor incluye la actualización de las deducciones del 15% de algunos medicamentos según el Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo.



A continuación se indican los códigos nacionales de los medicamentos cuyos datos han sido **modificados** una vez realizadas las oportunas comprobaciones:

- Se corrige el Nombre SNS del siguiente medicamento:

CN	NOMBRE SNS
909820	INALADUO 25/125MCG 1 INHALADOR 120 DOSIS SUSPENSION INHALACION ENVASE PRESION

Con relación a los **productos sanitarios**, la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia ha autorizado la alteración de los siguientes productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS:

SCA HYGIENE PRODUCTS, SL.

CODIGO NAC.	TIPO PRODUCTO	Antiguo NOMBRE COMERCIAL- PRESENTACION	
471425	Absorb inc orina dia anat	INCOPACK ELASTICO T. Pequeña 80u	INCOPACK PANTS T. Pequeña 80u
478321	Absorb inc orina dia anat	FEBUS 80u	INCOPACK PANTS T. Media 80u
471243	Absorb inc orina dia anat	FEBUS ELASTICO T. Grande 80u	INCOPACK PANTS T. Grande 80u
471276	Absorb inc orina noc anat	FEBUS ELASTICO T. Pequeña 80u	INCOPACK PANTS T. Pequeña 80u
471482	Absorb inc orina noc anat	INDAS ELASTICO T. Mediana 80u	INCOPACK PANTS T. Media 80u
471516	Absorb inc orina noc anat	INDAS ELASTICO T. Grande 80u	INCOPACK PANTS T. Grande 80u
493965	Absorb inc orina sup-noc anat	FEBUS 80u	INCOPACK PANTS T. Pequeña 80u
471540	Absorb inc orina sup-noc anat	INDAS ELASTICO T. Mediana 80u	INCOPACK PANTS T. Media 80u
471573	Absorb inc orina sup-noc anat	INDAS ELASTICO T. Grande 80u	INCOPACK PANTS T. Grande 80u

Estos nueve absorbentes de incontinencia de orina anatómicos, con malla unos, y con elásticos-sujeción integrada otros, cambian sus especificaciones técnicas y pasan a ser anatómicos tipo PANTS, es decir absorbentes totalmente cerrados a semejanza de una prenda de ropa interior que no necesitan de un elemento de sujeción externo.

Estos productos además de las especificaciones técnicas, modifican todos el nombre comercial. No obstante, mantienen su código nacional, precio e indicaciones; si bien, están indicados fundamentalmente para pacientes ambulantes.

La información recogida en el Nomenclátor oficial de la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud sobre precios correspondientes a medicamentos no incluidos en la prestación farmacéutica del SNS es meramente informativa. A efectos legales, y en tanto en cuanto se proceda al desarrollo reglamentario del



texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado mediante el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, debe contactarse con los respectivos laboratorios comercializadores de los medicamentos en cuestión.

Se adelanta la siguiente información a efectos del Nomenclátor del mes de agosto de 2017:

- El medicamento que a continuación se indica, pasa a la situación de BAJA EXCLUSIÓN FINANCIACIÓN INDIVIDUALIZADA (facturable) al haber sido excluido de la financiación por resolución de abril de 2017 de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia. Pasará a ser no facturable en el mes de diciembre de 2017.

CN	NOMBRE
663060	IBUPROFENO (ARGININA) TEVA 600MG 20 SOBRES GRANULADO PARA SOLUCION ORAL EFG
663061	IBUPROFENO (ARGININA) TEVA 600MG 40 SOBRES GRANULADO PARA SOLUCION ORAL EFG
664880	COVERSORAL 5MG 30 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES
664881	COVERSORAL 10MG 30 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES
672546	IBUPROFENO (ARGININA) RATIOPHARM 600MG 20 SOBRES GRANULADO PARA SOLUCION ORAL EFG
672547	IBUPROFENO (ARGININA) RATIOPHARM 600MG 40 SOBRES GRANULADO PARA SOLUCION ORAL EFG
684906	PARACETAMOL RATIO 1G 20 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES EFG
684907	PARACETAMOL RATIO 1G 40 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES EFG
695673	PARACETAMOL TEVA 1G 40 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES EFG
704006	PARACETAMOL TEVA 1G 20 COMPRIMIDOS EFERVESCENTES EFG
868091	EFFERALGAN VITAMINA C 330/200MG COMPRIMIDOS EFERVESCENTES
870253	EFFERALGAN ODIS 500MG 16 COMPRIMIDOS BUCODISPERSABLES
973487	CANESMYCOSPOR 10MG/G TUBO 20G CREMA

- Los medicamentos que a continuación se indican, dejan de ser facturables al haber sido modificadas las condiciones de prescripción y dispensación, por resoluciones de marzo de 2017, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, debido al cambio de calificación a **Uso Hospitalario** por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.



Nº REGISTRO	NOMBRE COMERCIAL	CODIGOS NACIONALES
60384	NUTRINEAL PD4 CON 1,1% AMINOACIDOS, SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	691352; 691360; 691386; y 700632
60386	NUTRINEAL PD4 CON 1,1% DE AMINOACIDOS CON SISTEMA DE DESCONEXION INTEGRADO, SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650993; 650996; 650997; 691295; 691311 y 700631
61860	EXTRANEAL (ICODEXTRINA 7,5%) SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	651132; 651135; 651136; 664292; 664326; 700627; 700628; 700629 y 700630
63077	PHYSIONEAL 40 GLUCOSA 3,86% P/V / 38,6MG/ML SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650738; 650741; 650742; 779462; 858696; 858811; 858829; 858852; 858878 y 872226
63078	PHYSIONEAL 40 GLUCOSA 1,36% P/V / 13,6MG/ML SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650732; 650733; 650734; 779579; 858886; 858894; 858902; 858910; 858928 y 858944
63079	PHYSIONEAL 40 GLUCOSA 2,27% P/V / 22,7MG/ML SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	650735; 650736; 650737; 779587; 858951; 859249; 859298; 859447; 859470 y 859504
65759	PHYSIONEAL 35 GLUCOSA 1,36% P/V / 13,6MG/ML SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	651137; 651138; 651139; 765230; 765867; 766352 y 766360
65760	PHYSIONEAL 35 GLUCOSA 2,27% P/V / 22,7MG/ML SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	651140; 651143; 651144; 766519; 766576; 766741 y 766774
65761	PHYSIONEAL 35 GLUCOSA 3,86% P/V / 38,6MG/ML SOLUCION PARA DIALISIS PERITONEAL	651145; 651146; 651147; 766782; 766808; 766972 y 767889

EL SUBDIRECTOR GENERAL DE CALIDAD
DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Carlos Lens Cabrera