

**MIERCOLES 25%**  
Dcto.**Diabetes**  
medicamentos**DESCUENTO VÁLIDO CONVENIO****Grandes  
personas  
Ahumada**

<b>Cod.</b>	<b>Producto</b>	<b>Marcas</b>
84496	ACCU-CHEK INSTANT CINTAS 25UN	ACCU-CHEK
84495	ACCU-CHEK INSTANT CINTAS 50UN	ACCU-CHEK
84497	ACCU-CHEK KIT INSTANT MONITOR 1UN	ACCU-CHEK
11396	AMARYL 2MG. CAJA 30 COMP.	AMARYL
39801	AMARYL 4MG. CAJA 30 COMP.	AMARYL
75904	AMARYL M 2MG/1000 CAJA 16 COMP.REC	AMARYL
75902	AMARYL M 4MG/1000 CAJA 16 COMP.REC.	AMARYL
78165	DIAMICRON MR 60MG. 30COMP. SL	DIAMICRON
77120	FORXIGA 10MG.CAJA 28 COMP.REC	FORXIGA
65145	GALVUS MET FCT 50/1000MG 28 COMP.	GALVUS
65147	GALVUS MET FCT 50/1000MG 56 COMP	GALVUS
68479	GALVUS MET FCT 50/500MG 28 COMP	GALVUS
68490	GALVUS MET FCT 50/500MG 56 COMP	GALVUS
65148	GALVUS MET FCT 50/850MG. 28 COMP.	GALVUS
65149	GALVUS MET FCT 50/850MG. 56 COMP.	GALVUS
65162	GALVUS VILDAGLIPTINA 50MG. 28 COMP.	GALVUS
65163	GALVUS VILDAGLIPTINA 50MG. 56 COMP.	GALVUS
27809	GLAFORNIL 1000MG. CAJA 30 COMP.	GLAFORNIL
13740	GLAFORNIL 500MG. CAJA 30 COMP.	GLAFORNIL
9272	GLAFORNIL 850MG. CAJA 30 COMP	GLAFORNIL
9285	GLAFORNIL 850MG. CAJA 60 COMP.	GLAFORNIL
64772	GLAFORNIL XR 1000 CAJA 30 COMP.	GLAFORNIL
41132	GLAFORNIL XR 500MG.CAJA 30 COMP	GLAFORNIL
49772	GLAFORNIL XR 750MG. CAJA 30 COMP	GLAFORNIL
47964	GLEMAZ 4MG. CAJA 30 COMP. FLEXIDOSIS	GLEMAZ
373	GLIBENCLAMIDA 5MG. CAJA 30 COMP	GENERICO
386	GLIBENCLAMIDA 5MG. CAJA 60 COMP.	GENERICO
42616	GLICENEX 500MG. CAJA 30 COMP.	GLICENEX
49492	GLICENEX 850MG. CAJA 30 COMP.	GLICENEX
65249	GLICENEX SR 500MG CAJA 30 COMP.	GLICENEX
65291	GLICENEX SR 750MG. CAJA 30 COMP.	GLICENEX
29313	GLIFORTEX 850MG. CAJA 30 COMP.	GLIFORTEX
23026	GLIFORTEX 850MG. CAJA 60 COMP.	GLIFORTEX

Descuento aplicable a personas inscritas en Convenio Grandes Personas o, en Convenios Cruz Blanca, Nueva MasVida, La Araucana, Los Héroes, Caja 18, Fach. Descuentos vigentes desde el 16 de octubre al 14 de diciembre de 2018, ambas fechas incluidas, en medicamentos de acuerdo al día y categoría terapéutica indicada. No acumulable a otras promociones, convenios y/o descuentos y excluye compras con facturas. Se excluyen vacunas, medicamentos de medicina reproductiva, oncológicos, inmunológicos, VIH y medicamentos contra pedido. Máximo 4 productos idénticos por consumidor. Consulte por la disponibilidad de los productos en su farmacia. Dispensación de medicamentos se realizará conforme condición de venta según la normativa vigente, por lo que si su medicamento es de aquellos que requiere receta médica, deberá presentarla al momento de la compra. NO SE AUTOMEDIQUE. Todo medicamento deberá ser prescrito por su médico. Consulte siempre el uso de medicamentos con su médico o químico farmacéutico. Más información en [www.farmaciasahumada.cl](http://www.farmaciasahumada.cl)

# MIÉRCOLES 25% Dcto.

## Diabetes medicamentos

### DESCUENTO VÁLIDO CONVENIO

Grandes  
personas  
Ahumada



Cod.	Producto	Marcas
76549	GLIFORTEX XR 1000MG. CAJA 30COMP.	GLIFORTEX
76562	GLIFORTEX XR 500 MG. CAJA 30 COMP.	GLIFORTEX
76548	GLIFORTEX XR 750MG. CAJA 30COMP.	GLIFORTEX
17228	GLUCOPHAGE 500MG.CAJA 30 COMP	GLUCOPHAGE
1670	GLUCOPHAGE FORTE 850MG.CAJA 30 COMP	GLUCOPHAGE
1683	GLUCOPHAGE FORTE 850MG. CAJA 60 COMP.	GLUCOPHAGE
72807	GLUCOPHAGE XR 500MG.CAJA 30COMP.	GLUCOPHAGE
72808	GLUCOPHAGE XR 750MG.CAJA 30COMP.	GLUCOPHAGE
68018	GLUCOVANCE 1000/5 30 COMPRIMIDOS.	GLUCOVANCE
23052	GLUCOVANCE 500/2.5 CAJA 30 COMP.	GLUCOVANCE
23065	GLUCOVANCE 500/5 CAJA 30 COMP.	GLUCOVANCE
45731	GLUKAUT 500/5MG. CAJA 60 COMP.	GLUKAUT
85028	GLYXAMBI 25/5MG X 30COMP REC	GLYXAMBI
81918	HIPOGLUCIN 1000 LP CAJA 60 COMP.	HIPOGLUCIN
43447	HIPOGLUCIN 1 G X 30 COMP. REC.	HIPOGLUCIN
49758	HIPOGLUCIN 500 LP X 30 COMP.REC.	HIPOGLUCIN
49759	HIPOGLUCIN 500 LP X 60 COMP. REC.	HIPOGLUCIN
11928	HIPOGLUCIN 850MG. CAJA 30 COMP.REC.	HIPOGLUCIN
11941	HIPOGLUCIN 850MG. CAJA 60 COMP.REC.	HIPOGLUCIN
45459	HIPOGLUCIN DA 500/2,5MG. CAJA 30 COMP.	HIPOGLUCIN
45458	HIPOGLUCIN DA 500/5MG. CAJA 30COMP.	HIPOGLUCIN
70217	HIPOGLUCIN LP 1000 MG. CAJA 30 COMP.	HIPOGLUCIN
70199	HIPOGLUCIN LP 750MG. CAJA 30 COMP.	HIPOGLUCIN
81917	HIPOGLUCIN LP 750MG. CAJA 60 COMP.	HIPOGLUCIN
1982	INSUL. ACTRAPID HM 100UI/ML CAJA 1 UNID.	ACTRAPID
42819	INSUL. ACTRAPID HM PENFILL 3ML. CAJA 5U	ACTRAPID
62525	INSUL. APIDRA SOLOSTAR 100UI/ML.CATR.1U.	APIDRA
60607	INSUL. HUMALOG 100 U/ML CART.3ML X 5U.	HUMALOG
19013	INSUL. HUMALOG 100 UI/ML. CAJA 1 UNID.	HUMALOG
66987	INSUL. HUMALOG 25 MIX KWIK PEN 5 DIS.3ML	HUMALOG
66986	INSUL. HUMALOG KWIK PEN 5 DISPOSIT. 3ML.	HUMALOG
4509	INSUL. HUMULIN 70/30 100UI/ML CAJA 1 UNI	HUMULIN
60608	INSUL. HUMULIN N 100 U/ML CART.3ML X 5U	HUMULIN

Descuento aplicable a personas inscritas en Convenio Grandes Personas o, en Convenios Cruz Blanca, Nueva MasVida, La Araucana, Los Héroes, Caja 18, Fach. Descuentos vigentes desde el 16 de octubre al 14 de diciembre de 2018, ambas fechas incluidas, en medicamentos de acuerdo al día y categoría terapéutica indicada. No acumulable a otras promociones, convenios y/o descuentos y excluye compras con facturas. Se excluyen vacunas, medicamentos de medicina reproductiva, oncológicos, inmunológicos, VIH y medicamentos contra pedido. Máximo 4 productos idénticos por consumidor. Consulte por la disponibilidad de los productos en su farmacia. Dispensación de medicamentos se realizará conforme condición de venta según la normativa vigente, por lo que si su medicamento es de aquellos que requiere receta médica, deberá presentarla al momento de la compra. NO SE AUTOMEDIQUE. Todo medicamento deberá ser prescrito por su médico. Consulte siempre el uso de medicamentos con su médico o químico farmacéutico. Más información en [www.farmaciasahumada.cl](http://www.farmaciasahumada.cl)

**MIERCOLES 25%**  
Dcto.**Diabetes**  
medicamentos**DESCUENTO VÁLIDO CONVENIO****Grandes  
personas  
Ahumada**

<b>Cod.</b>	<b>Producto</b>	<b>Marcas</b>
4483	INSUL. HUMULIN-N 100UI/ML CAJA 1 UNID	HUMULIN
12418	INSUL. HUMULIN-R 100UI/ML CAJA 1 UNID.	HUMULIN
1995	INSUL. INSULATARD HM 100UI/ML CAJA 1 UNI	INSULATARD
35825	INSUL. INSULATARD HM PENFILL 3 ML.	INSULATARD
39703	INSUL. LANTUS 100UI/ML CAJA 1AMP. 10ML	LANTUS
39993	INSUL. LANTUS 100UI/ML CATRIDGE X 1U	LANTUS
62526	INSUL. LANTUS SOLOSTAR 100UI/ML CATR.1U	LANTUS
61115	INSUL. LEVEMIR FLEXPEN 100U/ML. X 5UN.	LEVEMIR
46227	INSUL. NOVOMIX 30 FLEX PEN 3ML. CAJ.5U.	NOVOMIX
60651	INSUL. NOVORAPID FLEXPEN 100U/ML. 5X3ML	NOVORAPID
41606	INSUL. NOVORAPID PENFILL 100U/ML. 5X3ML	NOVORAPID
80824	INSUL.TOUJEO 300 UI/ML X1JER.PREL. 1,5ML	TOUJEO
78280	INSUL.TRESIBA FLEX DEGL.100UI/ML 1JER	TRESIBA FLEXTOUCH
77923	INVOKANA 100MG CAJA 30COMP REC	INVOKANA
77924	INVOKANA 300MG CAJA 30COMP REC	INVOKANA
69810	JALRA 50MG.28 COMPREC	JALRA
78520	JALRA M 50/1000 28COMP REC	JALRA
69808	JALRA M 50/500MG 28 COMP REC.	JALRA
69809	JALRA M 50/850MG 28 COMP REC.	JALRA
62013	JANUMET 50MG/1000MG CAJA 28 COMP.REC.	JANUMET
77192	JANUMET 50MG/1000MG CAJA 56 COM.REC	JANUMET
62011	JANUMET 50MG/500MG CAJA 28 COMP.REC	JANUMET
77189	JANUMET 50MG/500MG CAJA 56 COMP. REC	JANUMET
62012	JANUMET 50MG/850MG CAJA 28 COMP.REC.	JANUMET
77190	JANUMET 50MG/850MG CAJA 56 COMP. REC	JANUMET
78870	JANUMET XR 100/1000MG CAJA 28COMP	JANUMET XR
78932	JANUMET XR 50/1000MG 56COMP	JANUMET XR
61237	JANUVIA 100MG. CAJA 28 COMP. REC.	JANUVIA
61236	JANUVIA 50MG. CAJA 28 COMP. REC.	JANUVIA
85574	JARDIANCE 10 MG 30COMP	JARDIANCE
81431	JARDIANCE 25MG. 30 COMP. REC.	JARDIANCE
83634	JARDIANCE DUO 12.5/1000 60COMP REC	JARDIANCE
83635	JARDIANCE DUO 12.5/850 60COMP REC	JARDIANCE

Descuento aplicable a personas inscritas en Convenio Grandes Personas o, en Convenios Cruz Blanca, Nueva MasVida, La Araucana, Los Héroes, Caja 18, Fach. Descuentos vigentes desde el 16 de octubre al 14 de diciembre de 2018, ambas fechas incluidas, en medicamentos de acuerdo al día y categoría terapéutica indicada. No acumulable a otras promociones, convenios y/o descuentos y excluye compras con facturas. Se excluyen vacunas, medicamentos de medicina reproductiva, oncológicos, inmunológicos, VIH y medicamentos contra pedido. Máximo 4 productos idénticos por consumidor. Consulte por la disponibilidad de los productos en su farmacia. Dispensación de medicamentos se realizará conforme condición de venta según la normativa vigente, por lo que si su medicamento es de aquellos que requiere receta médica, deberá presentarla al momento de la compra. NO SE AUTOMEDIQUE. Todo medicamento deberá ser prescrito por su médico. Consulte siempre el uso de medicamentos con su médico o químico farmacéutico. Más información en [www.farmaciasahumada.cl](http://www.farmaciasahumada.cl)

**MIERCOLES** 25%  
Dcto.

**Diabetes**  
medicamentos

**DESCUENTO VÁLIDO CONVENIO**

Grandes  
personas  
Ahumada



<b>Cod.</b>	<b>Producto</b>	<b>Marcas</b>
73459	KOMBIGLYZE XR 2,5/1000 CAJA 56COMP.REC.	KOMBIGLYZE
73452	KOMBIGLYZE XR 5/1000 CAJA 28COMP.REC.780	KOMBIGLYZE
79333	LYXUMIA 20MCG. 3ML. 1JERINGA PRELLENADA	LYXUMIA
73087	METFORMINA CLORHIDRATO MDK 850MG. 60COM.	GENERICO
46531	METFORMINA MDK 850MG. CAJA 30 COMP.REC	GENERICO
5972	MINIDIAB 5MG. CAJA 30 COMP.	MINIDIAB
6024	MINIDIAB 5MG. CAJA 90 COMP.	MINIDIAB
23241	NOVONORM 0.5MG. 30 COMP.	NOVONORM
23228	NOVONORM 1MG. 30 COMP.	NOVONORM
23215	NOVONORM 2MG. 30 COMP.	NOVONORM
67836	ONGLYZA 5MG.28 COMP.	ONGLYZA
72309	TRAYENTA 5MG.CAJA 30 COM.REC.	TRAYENTA
75426	TRAYENTA DUO 2,5/1000 MG. CJA.60 COMP.	TRAYENTA
79493	TRAYENTA DUO 2.5/500MG. 60 COMP.REC.	TRAYENTA
79494	TRAYENTA DUO 2.5/850 MG. 60 COMP.REC.	TRAYENTA
74783	VICTOZA SOL INY 6 MG/ML DISP PRELLEN 3ML	VICTOZA
81030	VOKANAMET 150/850 MG. 60 COMP.	VOKANAMET
83518	XIG DUO XR 10MG/1000MG 28COMP REC	XIG DUO
83519	XIG DUO XR 5MG/1000MG 56COMP REC	XIG DUO

Descuento aplicable a personas inscritas en Convenio Grandes Personas o, en Convenios Cruz Blanca, Nueva MasVida, La Araucana, Los Héroes, Caja 18, Fach. Descuentos vigentes desde el 16 de octubre al 14 de diciembre de 2018, ambas fechas incluidas, en medicamentos de acuerdo al día y categoría terapéutica indicada. No acumulable a otras promociones, convenios y/o descuentos y excluye compras con facturas. Se excluyen vacunas, medicamentos de medicina reproductiva, oncológicos, inmunológicos, VIH y medicamentos contra pedido. Máximo 4 productos idénticos por consumidor. Consulte por la disponibilidad de los productos en su farmacia. Dispensación de medicamentos se realizará conforme condición de venta según la normativa vigente, por lo que sí su medicamento es de aquellos que requiere receta médica, deberá presentarla al momento de la compra. NO SE AUTOMEDIQUE. Todo medicamento deberá ser prescrito por su médico. Consulte siempre el uso de medicamentos con su médico o químico farmacéutico. Más información en [www.farmaciasahumada.cl](http://www.farmaciasahumada.cl)