

## INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUEN

### 1. AMBITO DE APLICACIÓN:

- Provincia de Neuquén

### 2. DESCUENTOS:

Los descuentos se efectúan sobre el precio de venta al público sugerido por el laboratorio productor vigente al día del expendio, que figuran en el Manual Farmacéutico o Agenda Kairos

Plan :	A cargo del afiliado:	A cargo de la entidad:
<b>Ambulatorio</b>		
LOCALIDADES DEL GRUPO III	30%	70%
LOCALIDADES DEL GRUPO II	20%	80%
LOCALIDADES DEL GRUPO I	10%	90%
PMI	0%	100%
DIABETES	0%	100%
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	0%	100%

VER DETALLES DE PLANES EN ANEXO 1

### 3. REQUISITOS DE LA RECETA: SON VALIDOS PARA TODOS LOS PLANES

<b>I-Recetario Convencional:</b>	Convencional con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales. Cabe aclarar que se otorga el plazo hasta enero de 2020, fecha a partir de la cual todos los médicos prestadores deben cumplimentar dicho requerimiento.	
	No se aceptarán recetarios con publicidades salvo que provengan de Hospitales Públicos.	
	Se aceptarán recetarios preimpresos por computadora siempre y cuando el sello y firma del profesional prescriptor sea en original.	
	No se aceptan fotocopias de recetas.	
<b>II-Datos contenidos en la receta: (Los datos manuscritos por el profesional deberán presentar la misma tinta tanto en la prescripción como en la firma)</b>	Denominación de la entidad	
	Nombre del profesional o institución	
	Nombre, Apellido del afiliado y Número de afiliación (DNI, LC, LE)	
	Fecha de emisión de la receta.	
	Firma y sello aclaratorio del profesional, quien debe ser PRESTADOR de ISSN. El sello es obligatorio aún figurando las recetas impresas con los datos del profesional.	
	Detalle de los medicamentos, descriptas las monodrogas por NOMBRE GENÉRICO.	
Cantidades de los medicamentos en números y letras		
Indicación de tratamiento prolongado en caso que se requiera.		
<b>III-Validez a) para la venta:</b>	30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de prescripción, incluyendo la misma.	
<b>b) para la presentación:</b>	Presentación del lote mensual (validez del 1 al 30/31 de cada mes) dentro de los 45 días corridos a partir del cierre del mismo.	
<b>c) Para la refacturación:</b>	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
<b>IV- Cantidad máxima de Medicamentos</b>	Hasta 2 (dos) medicamentos distintos por receta.	
<b>V-Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:</b>	Tamaño especificado: Lo requerido en la receta.	
	Tamaño no especificado: Vender la menor presentación.	
	Especifica "grande": Vender la presentación siguiente a la de menor tamaño.	
<b>VI-Psicofármacos: No se aceptan fotocopias de recetas</b>	Lista II (receta oficial):	Receta de salud pública. Receta adjunta de la institución.
	Lista III y IV ( receta archivada):	Receta oficial por duplicado, con sello y firma del médico, aún estando el sello impreso.

### 4. REQUISITOS DEL AFILIADO:

<b>Deberá presentar:</b>	Credencial de afiliación en vigencia
	Credencial Provisoria acompañada del DNI del afiliado
<b>Enrolamiento en planes:</b>	El afiliado debe enrolarse en el plan correspondiente (DIABETES, HTA, PMI, ACTITUD, OBESIDAD), para disponer de las prestaciones inherentes a dichos planes.

### 5. REQUISITOS DE CONFORMIDAD PARA EL EXPENDIO:

<b>La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:</b>	Pegar con adhesivo o con cinta adhesiva transparente (no abrochar) el troquel con su código de barras o la solapa identificatoria de cada uno de los productos vendidos, en el mismo orden en que fueron prescriptos.
	Alimentos y /o suplementos dietarios que no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.
	Adjuntar a la receta Copia del Ticket Fiscal o Factura conteniendo:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fecha de dispensación</li> <li>• Detalle de los medicamentos entregados</li> <li>• Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad</li> <li>• Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido) de la persona que retira la receta.</li> <li>• Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta</li> </ul>
<b>6. ENMIENDAS:</b>	
<b>Recordar:</b>	<p>Las correcciones y enmiendas en la prescripción de la receta deberán estar salvadas por el profesional médico con su sello, firma, y mismo color de tinta.</p> <p>Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.</p> <p>Si el número de credencial del afiliado indicado en la receta constara ilegible, incompleto, errado o enmendado, la farmacia podrá salvarlo capturando los datos de la credencial y firmando y sellando al dorso. El afiliado deberá firmar la conformidad.</p>
<b>7. VALIDACIÓN :</b>	
<p>Recuerde que al validar la receta debe cargar en el sistema de validación los mismos datos que se encuentran en la receta (afiliado, productos, cantidades, matrícula del profesional prescriptor, fechas, etc.) a fin de evitar inconvenientes posteriores debido a la no coincidencia de la validación on line con la receta física.</p> <p>Recuerde que toda transacción on line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento, deberá ser cancelada por la farmacia para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra, en caso de no ser anulada dicha transacción por la farmacia prestadora, se procederá a su sanción.</p> <p>Cada validación arrojará un RRN, válido para una única receta, con un máximo de dos monodrogas diferentes. Las recetas en donde estén prescritos medicamentos pertenecientes a dos planes distintos, corresponderán dos validaciones, por lo tanto dos RRN.</p> <p>Las farmacias que no cuenten con un sistema de validación on line, deben recordar transcribir al sistema de facturación los datos arrojados por el sistema de validación.</p> <p>En el caso en que el afiliado presente un carnet provisorio, debe realizarse la validación comunicándose con el 08109996756.</p> <p><b>HORARIOS DE ATENCIÓN:</b> lunes a viernes de 8 a 21 hs, y sábados de 8 a 13 hs. Colocando en la receta el RRN de validación otorgado.</p> <p>Cuando el sistema de validación on line no funcione, por corte de suministro de luz o de otra índole, la farmacia deberá completar la planilla de contingencia, adjuntando la misma a la receta correspondiente.</p>	
<b>8. AUTORIZACIONES:</b>	
<b>Importante:</b>	<p>La farmacia solo podrá dispensar medicamentos autorizados, cargados en el sistema de validación.</p> <p>La farmacia solo podrá aceptar autorizaciones manuales firmadas y selladas por el Director Médico y Sub Dirección de Gestión Profesional Y Técnica de la institución.</p>
<b>9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:</b>	
<b>INCLUSIONES:</b>	<b>EXCLUSIONES:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se cubrirán aquellos productos que se encuentran dentro del Formulario Terapéutico de ISSN siguiendo ítems V y VI del inciso 3 de la presente Normativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicamentos que no fueron autorizados por el sistema de validación. Recordar que todo medicamento que se encuentre excluido de la cobertura podrá ser dispensado únicamente con una autorización de la entidad validada por el sistema ó por firma de Directivos mencionados</li> <li>• Serán excluidos medicamentos hospitalarios, de venta libre, homeopáticos, perfumería, preparados magistrales, hierbas.</li> </ul>
<b>10. MOTIVOS DE DÉBITO</b>	
AUSENCIA DE NÚMERO DE AFILIADO	
PRESCRIPCIÓN POR MARCA COMERCIAL, NO POR GENÉRICO	
CAMBIO DE TINTA, SIN ESTAR SALVADO POR EL MÉDICO, CON SELLO Y FIRMA DEL MISMO	
PRESCRIPCIÓN POR UN PROFESIONAL QUE NO ES PRESTADOR	
MISMO RRN PARA MÁS DE UNA RECETA, AUSENCIA DE RRN O RRN ERRONEO	
LA FECHA DE VALIDACION SUPERA LOS 30 DIAS DE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN	
VALIDACIÓN Y/O FACTURACIÓN DE DISTINA DOSIS Y/O CANTIDAD A LA PRESCRIPTA Y/O AUTORIZADA.	
FORZADA COBERTURA AL 100 % DE MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN DENTRO DEL PLAN HTA, DIABETES, PMI.	
AUSENCIA DE TICKET FISCAL O FACTURA	

**ANEXO 1 : A) DETALLE DE PLANES Y DESCUENTOS**

**PRESTACIONES FARMACÉUTICAS DEL PROGRAMA DIABETES**

FAMILIA	MONODROGA O ASOCIACION	TOPE	COBERTURA
BIGUANIDAS	Clorohidrato de Metformina	Se podrán prescribir hasta un máximo de 1200 ( mil doscientos) comprimidos anuales	100%
SULFONILUREAS	Glibenclamida Glipizida	de cada una de las presentaciones con	100%

	Glimepirida Gliclazida	Iguales presentaciones a las incorporadas al Formulario Terapéutico del ISSN	100%
ASOCIACIONES FIJAS ( con reconocimiento internacional óptima relación costo-efectividad)	Metformina + Glibenclamida Metformina + Glimepirida		100%
	Pioglitazona	La cobertura de esta monodroga, así como la vigencia de la prescripción estará sujeta a su aprobación por Auditoría de programas especiales.	100%
	Exenatide	Con Auditoría de Programas Especiales	100%
	Vildagliptina + Sitagliptina Vildagliptina +Metformina	Con Auditoría de Programas Especiales	70%
Insulinas	Concentración de U 100, 200 y 300	Con auditoría previa de programas especiales. Será entregada por Dpto.	100%
	Origen:	Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales	
	Humanas: regular, NPH y premezclas		
	Análogos de la Insulina		
	a) Rápidos: lispro, aspártica, glulisina		
	b) De acción prolongada: Detemir / Glargina / Degludec		
	c) Premezclas		
Antiagregante plaquetario	Ácido acetil-salicílico 100 mg	370 comprimidos anuales	100%
	vacuna Anti neumocócica	1 cada 6 años	100%
	Vacuna Antigripal	1 cada año	100%

PRESTACIONES FARMACÉUTICAS DE PROGRAMA MATERNO INFANTIL		
MADRE	HIJO	COBERTURA
gammaglobulina antitetanica	10 botellitas de hierro en gotas.	100%
toxide tetanico	6 botellitas de vitaminas D, A, C, flúor en gotas.	100%
vacuna anti RHO	vacuna antigripal ( a partir de los seis meses de edad hasta el año)	100%
1 vacuna antigripal		100%
6 cajas de hierro		100%
2 cajas de ácido fólico		100%

### PRESTACIONES FARMACÉUTICAS DE PROGRAMA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

FAMILIA	MONODROGA O ASOCIACIÓN	TOPE	COB.
Beta Bloqueantes	Atenolol	De las monodrogas o asociaciones anteriormente descritas se podrán prescribir mensualmente hasta un máximo de noventa (90) comprimidos de cada una de las presentaciones y hasta tres monodrogas o asociaciones fijas. Este tope máximo se podrá retirar hasta en cuatro oportunidades en el año. Con el resto de los medicamentos hipotensores se seguirá la normativa de cobertura y listado del Formulario Terapéutico habitual del ISSN.	100%
Inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA)	Enalapril		100%
Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II)	Losartan -50 MG - 100 MG Valsartan - 40 MG - 80 MG - 160 MG y 320 MG		100%
Bloqueantes Cálcidos	Nifedipina ("retard"- "oros") Amlodipina (no como primera elección)		100%
Alfa 1 Bloqueante	Carvedilol		100%
Diuréticos Tiazídicos	Clortalidona Hidroclorotiazida		100%
Diuréticos de Asa	Furosemda		100%
Asociaciones Fijas (con reconocimiento internacional óptima relación costo-efectividad)	Hidroclorotiazida 5 MG + amiloride 50 MG Atenolol 50 MG + clortalidona 25 MG Atenolol 50 MG +hidroclorotiazida 25 MG Enalapril 10 MG+		100%

	<b>hidroclorotiazida 25 MG</b> <b>Enalapril 20 MG</b> <b>+hidroclorotiazida 25 MG</b> <b>Losartan 50 MG+</b> <b>hidroclorotiazida 12,5</b> <b>MG</b> <b>Losartan100 MG</b> <b>+ hidroclorotiazida 25 MG</b>		
Antiagregante plaquetario	Ácido acetilsalicílico 100 mg	Tope máximo 370 comprimidos anuales, con iguales presentaciones a las incorporadas en Formulario terapéutico ISSN.	100%

B) OTRAS COBERTURAS:	
DISCAPACIDAD	Cobertura 100% autorizado por auditoría de discapacidad.

C) COBERTURAS ESPECIALES A CARGO DE ISSN	
MEDICACIÓN ANTIRETRO-VIRAL	Cobertura 100 %. Entrega desde farmacia ISSN. Con auditoria de programas especiales. Será entregada por Dto. Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales.
PLAN ONCOLÓGICO	Cobertura 100 %. Entrega desde farmacia ISSN. Con auditoria de programas especiales. Será entregada por Dto. Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales.
COBERTURAS ESPECIALES	Cobertura 100 %. Entrega desde farmacia ISSN. Con auditoria de programas especiales. Será entregada por Dto. Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales.
TRASPLANTE RENAL	Cobertura 100 %. Entrega desde farmacia ISSN. Con auditoria de programas especiales. Será entregada por Dto. Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales.
FIBROSIS QUÍSTICA	Cobertura 100 %. Entrega desde farmacia ISSN. Con auditoria de programas especiales. Será entregada por Dto. Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales.
HEMOFÍLICOS	Cobertura 100 %. Entrega desde farmacia ISSN. Con auditoria de programas especiales. Será entregada por Dto. Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales.
FERTILIDAD	Cobertura 100 %. Entrega desde farmacia ISSN. Con auditoria de programas especiales. Será entregada por Dto. Técnico de farmacia según prescripción médica y criterio de auditoría de programas especiales.

### LOCALIDADES DEL GRUPO 1, 2 Y 3

GRUPO	LOCALIDAD	PORCENTAJE
1	LAS OVEJAS	90%
	HINGANCO	
	CHOS MALAL	
	BARRANCAS	
	TRICAO MALAL	
	BUTA RANQUIL	
	ANDACOLLO	
	EL CHOLAR	
	EL HUECU	
	LONCOPIE	
	CAVIAHUE	
	COPAHUE	
	LAS LAJAS	
	ALUMINE	
LAS COLORADAS		
JUNIN DE LOS ANDES		

2	RINCON DE LOS SAUCES	80%
	AÑELO	
	PIEDRA DEL AGUILA	
	SAN MARTIN DE LOS ANDES	
	VILLA TRAFUL	
	VILLA LA ANGOSTURA	
	PICUN LEUFU	
3	SAN PATRICIO DEL CHAÑAR	70%
	ZAPALA	
	CUTRAL CO	
	PLAZA HUINCUL	
	CENTENARIO	
	PLOTTIER	
	SENILLOSA	
NEUQUEN		





**Instituto de Seguridad Social del Neuquén**  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel.: 0299 | 4496300 (Líneas rotativas)  
● ● /issneuquen/  
www.issn.gov.ar

Neuquén, 08 de Junio de 2021.

**Estimados Prestadores**

**S/Diagnóstico en prescripción medica**

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes, a fin de informar que a partir del 1° de Julio del corriente año, será excluyente el diagnóstico en todas las prescripciones solicitadas a nuestra Obra Social, sin excepción.

Quedan debidamente notificados.

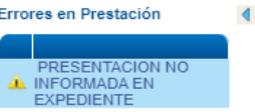
Sin más, saludo a ustedes atentamente.

**SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA- DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SALUD  
Y ASISTENCIALES.**



Instituto de Seguridad Social del Neuquén  
 Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
 Tel: (0299) 4496300 (Líneas rotativas)  
 @issneuquen / www.issn.gov.ar

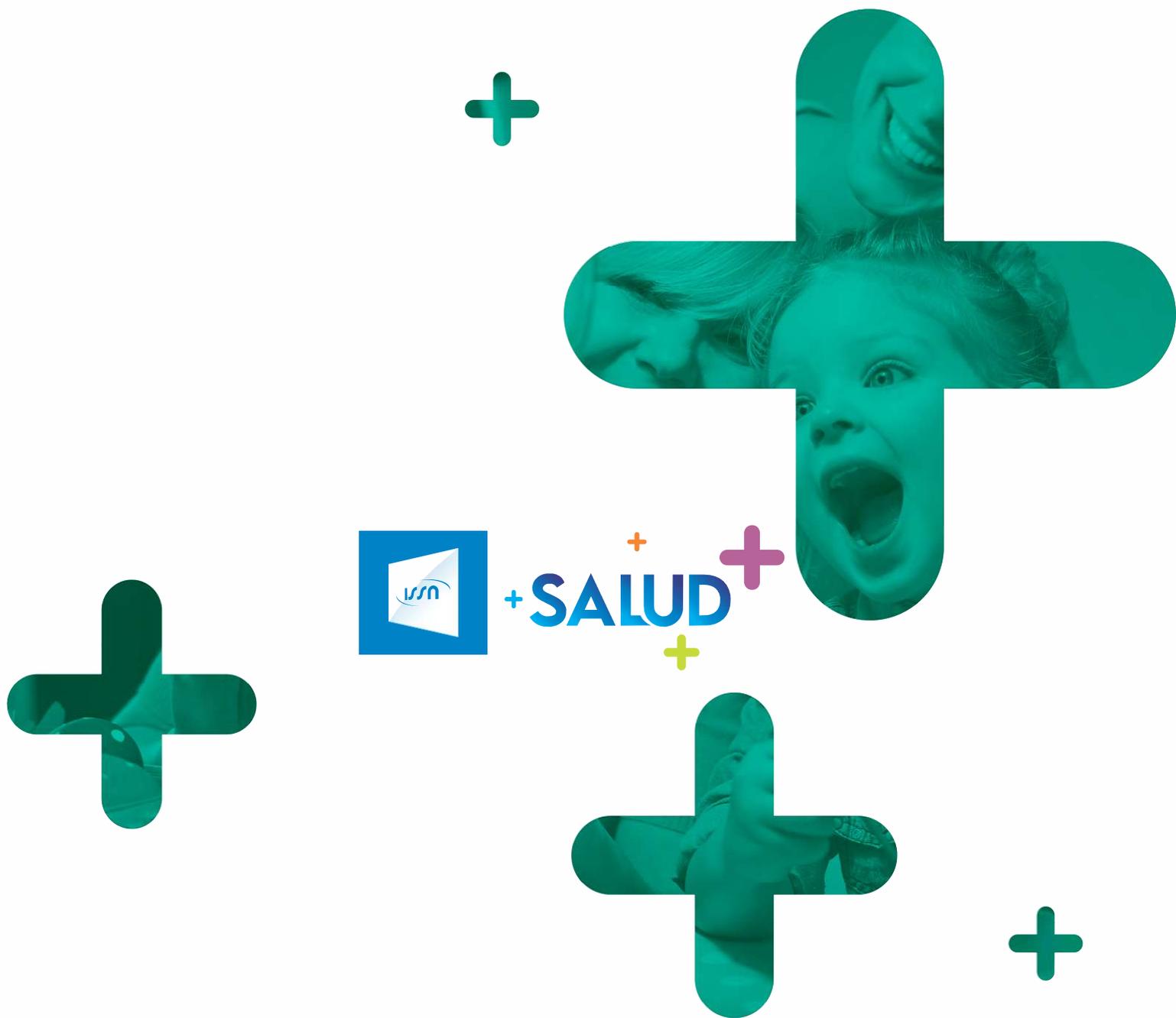
## ERRORES AUTORIZACIONES MEDICAMENTOS

TIPOS DE ERRORES	A MODO DE EJEMPLO
<p><b>DEBITO</b></p> <p>Este mensaje significa que la autorización no se genera, ni queda autorizada.</p>	
<p><b>ADVERTENCIA</b></p> <p>El sistema da este mensaje a modo informativo. La autorización queda autorizada/validada.</p>	
MENSAJE DE DEBITO QUE ARROJA EL SISTEMA	QUE SIGNIFICA
<b>NO HAY VIGENCIA DE PRECIO</b>	El medicamento se encuentra de baja desde Alfabetá y por eso no existe vigencia de precio.
<b>MEDICAMENTO SIN COBERTURA</b>	El medicamento no se cubre / Si la droga está incluida en FT puede faltar la marca comercial / Lo tiene autorizado por beneficio de excepción pero no fue seleccionado al momento de validar.
<b>MEDICAM. NO INCLUIDO EN BENEF EXCEPCIÓN</b>	El medicamento dentro de esa disposición se encuentra de baja/ se le autorizó otra marca comercial o presentación/ la combinación de drogas asociada al medicamento es diferente a la cargada en la disposición.
<b>BENEFICIO DE EXCEPCIÓN ASOCIADO VENCIDO</b>	La disposición a favor del afiliado ya se encuentra de baja.
<b>MEDICAM. NO CONTEMPLADO EN PLAN</b>	El medicamento no se cubre / Si la droga está incluida en FT puede faltar la marca comercial / Lo tiene autorizado por beneficio de excepción pero no fue seleccionado al momento de validar.
<b>SUPERA TOPE CANTIDAD - PLAN/PGM/MEDIC. TOPE SUPERADO CANTIDAD -PLAN/PGM/MEDIC.</b>	Quiere retirar más de lo autorizado por droga o medicamento / El afiliado retiró previamente la medicación y ya supera la cantidad permitida de ese medicamento por mes o periodo/ Ya retiró las 10 monodrogas mensuales. Es necesario corroborar sus consumos e informar el tope del medicamento.
<b>MEDICAMENTO DE BAJA</b>	El medicamento se encuentra de baja desde AlfaBeta
<b>% COBERTURA DIFIERE DE PLAN/COB.</b>	Sucede cuando se modifica la cobertura dentro de la misma transacción. Ej: En una autorización se cargó el medicamento por cobertura general 70% y después se seleccionó alguna cobertura al 100%, al confirmar da este mensaje de error. Es necesario cerrar la autorización y volver a iniciarla con la cobertura correspondiente.



Instituto de Seguridad Social del Neuquén  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel: (0299) 4496300 (Líneas rotativas)  
ISSN Neuquén  
www.issn.gov.ar

<b>RESP. PRÁC. DIFERENTE DE LA DISPOSICIÓN</b>	En la disposición se autoriza a un responsable de facturación para que pueda transaccionar la disposición y se quiere usar uno diferente.
<b>NO EXISTE BENEFICIO DE EXCEPCIÓN</b>	Se utiliza un n° de disposición que todavía no fue creado / no existe.
<b>BENEF DE EXCEPCIÓN NO VERIFICADO</b>	La disposición quedó sin verificar por error o se encuentra pendiente por algún motivo.
<b>TIPO PREST. NO INCLUIDO EN COBERTURA</b>	La prestación "MEDICAMENTOS" no está incluida en la cobertura seleccionada.
<b>PRESENTACION NO COINCIDE CON EXPEDIENTE</b>	En la disposición se cargó una presentación de la droga que no coincide a la asociada al medicamento validado.
<b>CONCENTRACION NO COINCIDE CON EXPEDIENTE</b>	En la disposición se cargó una concentración de la droga que no coincide a la asociada al medicamento validado.
<b>MENSAJE DE ADVERTENCIA QUE ARROJA EL SISTEMA</b>	<b>QUE SIGNIFICA</b>
<b>MEDICAMENTO DE VENTA LIBRE</b>	El medicamento validado es de venta libre. Ej: Al validar una receta de NICOTINELL por programa Actitud va a figurar este mensaje.
<b>PRESENTACION NO INFORMADA EN EXPEDIENTE</b>	En la disposición se cargó una droga sin una presentación específica. Esto no imposibilita la validación.



Instructivo para **Prestadores**



+ **SALUD**

**ISSNSalud** es una aplicación gratuita para las personas afiliadas al Instituto de Seguridad Social del Neuquén. Les permite el acceso a su credencial y las de los miembros de su familia; los detalles de las consultas médicas que realizan; el listado de prestadores; la

ubicación de farmacias, laboratorios, y centros de diagnóstico por imagen. También pueden recibir allí las novedades del ISSN.

## ¿Cómo validar la consulta?



Seleccione el tipo de credencial:

Número de afiliado:

credencial

Al momento de cargar la consulta o práctica médica **el prestador deberá consultar al afiliado si tiene tarjeta física o credencial virtual.**

**Si selecciona física, deberá solicitar la Tarjeta Salud y continuar la validación igual que hasta ahora.**



En el caso de presentar la credencial virtual, el prestador debe seleccionar en “Tipo de credencial: virtual” y con el número de afiliado (número de DNI) validar que el afiliado está activo en el padrón. Si está correcto, abrirá la pantalla de autorización.

Seleccione el tipo de credencial:

Física

Virtual

Número de afiliado:

Validar credencial

El prestador tendrá en un lugar visible un código QR que lo identifica, para que el afiliado lo escanee y así poder generar el Token Único de Atención (TUA).

### ¿Qué es el TUA?

Es un conjunto de 6 letras y/o números que tiene por objetivo validar la consulta de la persona afiliada, en forma presencial, a través de la App ISSNSalud.

Los afiliados que hayan optado por utilizar la credencial virtual a través de ISSNSalud, ya no podrán volver a utilizar la tarjeta física.



El prestador ingresará todos los datos necesarios de la autorización, y le solicitará al afiliado el TUA que fue generado.

Autorización y Consumo Simultáneo

Confirmar Cerrar (0) Id 100 0

Beneficiario

Organización ORGANIZACIÓN ÚNICA Vencimiento / /

Fecha de solicitud 23/11/2021

Beneficiario 23620240 GÓMEZ GABRIELA FERNANDA Token de atención [input] [QR] [QR]

Plan Plan ISSN Cobertura COBERTURA GENERAL Mutual Seleccionar

Prescriptor

Matrícula [input] Emitida por [input] Especialidad [input]

Nombre y apellido [input]

Diagnóstico [input] 0

El afiliado, desde ISSNSalud instalada en su teléfono celular, se dirigirá a la opción para generar el TUA. La aplicación le solicitará que escanee el QR del prestador y generará el token que deberá brindar al prestador.

El TUA debe ser ingresado en la pantalla de autorización en el campo de Token de atención.

Token de atención [input] [QR] [QR]

Si todo es correcto, la prestación quedará autorizada.



## ¿Cómo validar si el afiliado no tiene el celular o no tiene datos?

- 1) Al momento de la atención, el prestador ingresará todos los datos necesarios de la autorización. Al lado del campo de Token de atención hay una flecha hacia arriba que al tocarla abrirá una nueva ventana para generar el token.
- 2) El afiliado ingresará el usuario y contraseña de su ISSNSalud para validar la consulta.

The image shows a web form titled "Autorización y Consumo Simultáneo" with a sub-header "Id 100 0". The form contains several fields: "Beneficiario" (Organization: ORGANIZACIÓN ÚNICA, Date: 23/11/2021, Beneficiary: 23620240, Plan: Plan ISSN), "Prescriptor" (Matriculation, Name and last name), and "Diagnóstico". A modal window titled "Generar Token de Atención" is overlaid on the form. It contains the instruction "Solicite al afiliado que ingrese los siguientes datos de la App:" and two input fields for "Usuario (\*)" and "Contraseña (\*)". A "Generar Token" button is at the bottom of the modal. A mouse cursor is pointing at the button.

Al clicar en **Generar Token** aparecerá la clave alfanumérica que se deberá escribir en el campo Token de atención.

The image shows a close-up of the "Token de atención" field. The field contains the alphanumeric code "37d547" and has a copy icon and a refresh icon to its right.

Si todo es correcto, la prestación quedará autorizada y podrá realizarse.



## ¿Cómo validar la teleconsulta?

Al momento de la atención, el prestador ingresará todos los datos necesarios de la autorización, entre estos datos deberá ingresar el TUA.

El beneficiario ingresa a ISSNSalud y selecciona del menú la opción Iniciar Teleconsulta. El prestador presiona el botón remarcado en la siguiente pantalla.



Autorización y Consumo Simultáneo

Confirmar Cerrar (0) Id 100 0

Beneficiario

Organización ORGANIZACIÓN ÚNICA Vencimiento / /

Fecha de solicitud 23/11/2021

Beneficiario 23620240 GÓMEZ GABRIELA FERNANDA Token de atención

Plan Plan ISSN Cobertura COBERTURA GENERAL Mutual Seleccionar

Prescriptor

Matricula Emitida por Especialidad

Nombre y apellido

Diagnóstico

0

Aparece automáticamente el TUA generado por el Beneficiario.



Token de atención 47ee50



Con tu aporte, hacemos  
una **MEJOR OBRA.**



# Prestadores

Pueden comunicarse con la  
**Mesa de ayuda al teléfono**

**08102221098**



**Para:**

Contingencias-Autorización de provisorios-  
Dificultades con el SIA.

Hoy **todos juntos** decidimos estar **separados**.  
**Hacé tu trámite online.**

**VISTO:**

Instituto de Seguridad Social del Neuquén

**El Expediente N° 4469-269697/2 Alcance N° 0000 Año 2019; y,**

**CONSIDERANDO:**

Que tratan las presentes actuaciones de la **NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES);**

Que la mencionada cobertura hasta el momento es considerada por vía de excepción; y con el fin de ordenar las autorizaciones de las mismas se establecen las reglas generales que brindaran el marco de fundamentación para su auditoría y cobertura;

Que se suma a este proceso de auditoría el nuevo sistema de Expedientes Electrónicos, que permite implementar un procedimiento que facilita y factibiliza el proceso de auditoría y cobertura;

Que desde la DPSyA se elabora una Guía de Procedimientos acorde al nuevo Sistema de Gestión de Trámites;

Que en función de lo expuesto, se eleva a consideración el Proyecto de norma legal;

Que tratado en reunión del día de la fecha es resuelto por Unanimidad;

**Por ello:**

**EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN  
RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1º: APROBAR** la **NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)**, que forma parte integrante de la presente norma legal, con vigencia a partir del dictado de la misma.

**ARTÍCULO 2º: APROBAR** el **Convenio Marco** para la provisión de Absorbentes Descartables (Pañales) a beneficiarios de ISSN y los distintos proveedores oferentes.

**ARTÍCULO 3º:** Por **Dirección de Prestaciones de Salud y Asistenciales** a través del **Departamento Prestadores** se procederá a establecer los Convenios específicos con las Farmacias Comerciales que adhieran a esta Norma.

**ARTÍCULO 4º:** Por **Dirección de Prestaciones de Salud y Asistenciales** a través del **Departamento Prestadores**, se notificará a las entidades y/o profesionales correspondientes de la implementación de la norma.

**Resol. N° 334/19.-**

Instituto de Seguridad Social del Neuquén

**ARTÍCULO 5º: INVITAR** a las Farmacias Comerciales a través del **Colegio Farmacéutico y Omafar** para la firma del Convenio Marco para la provisión de Absorbentes Descartables (Pañales), a los beneficiarios del ISSN.

**ARTÍCULO 6º:** Por la **Subdirección Fiscalización de la DPSyA** se realizarán las acciones necesarias para concretar las devoluciones que correspondan en el caso de que el afiliado cuente con una MUTUAL.

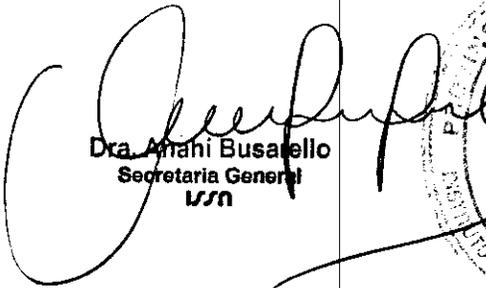
**ARTÍCULO 7º: REGÍSTRESE**, comuníquese, notifíquese, tómesese conocimiento y Archívese.

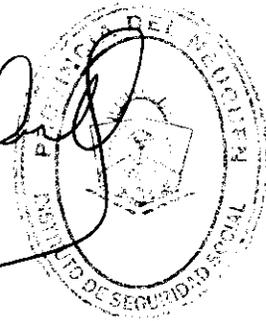
**SECRETARÍA DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN: Neuquén, 30 de Agosto de 2019.-**  
**RESOLUCIÓN N° 334/19.-**

am/msf/asm.

(ES COPIA)

FDO. CR. NESTOR H. MARTIN.

  
Dra. Anahi Busarello  
Secretaria General  
ISSN



Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

**NÚMERO:** 4469-269697/2

**AÑO:** 2.019

**DENOMINACIÓN:**  
NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)

**PROPIETARIO:**  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES DE SALUD Y ASISTENCIALES

**NORMAS QUE REEMPLAZA:**

NINGUNA

**SECTORES INTERVINIENTES:**

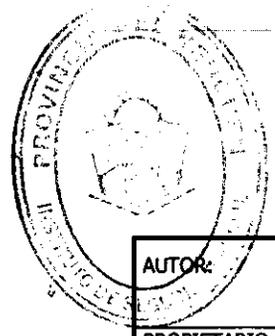
- Consejo de Administración.
- Administrador General.
- Secretaría General.
- Contaduría General
- Dirección Prestaciones de Salud y Asistenciales.
- Departamento Discapacidad.
- Departamento Auditoria
- Dpto. Prestaciones Sociales

**FECHA DE SANCIÓN:**

**FECHA DE VIGENCIA:**

**ANEXOS:**

- ANEXO I:** FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA EXCEPCION PAÑALES
- ANEXO II:** ACUERDO COMERCIAL CON FARMACIAS PRESTADORAS (ejemplo)



<b>AUTOR:</b>	Página	<b>DPSYA</b>
<b>PROPIETARIO:</b> SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	1 de 12	
	Versión	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>
	<b>1.0.0</b>	

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

**TÍTULO I  
CAPÍTULO I**

**ARTÍCULO 1º:  
INTRODUCCIÓN**

**CONCEPTO DEFINICIÓN DE HIGIENICOS ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)**

Un higiénico absorbente descartable (pañal), es una prenda absorbente usada para higienizar y evitar la contaminación del entorno a causa de los residuos de un organismo. Suelen usarlo personas que aún no tienen o han perdido la capacidad de controlar sus esfínteres uretral y anal.

El propósito de un higiénico absorbente descartable (pañal) es contener y mantener a la persona que lo usa seco y confortable por varias horas.

**CAPÍTULO II**

**ARTÍCULO 2º:  
SITUACIÓN ACTUAL**

Actualmente el ISSN cubre los higiénicos absorbentes descartables (pañales) exclusivamente bajo la modalidad de vía de excepción a los afiliados enrolados en el Programa de Discapacidad y afiliados no enrolados que acrediten mediante historia clínica patología/s que justifiquen su uso y condición socioeconómica que requiera de la cobertura del ISSN.

La cobertura se concreta a través del dictado de una Disposición de la DPSYA, considerando la provisión de 120 pañales mensuales por el término de 6 meses, al 100%. Siendo la División de Provisión y Recupero de la Coordinación de Compras del ISSN el área encargada de gestionar la compra y la División Prótesis y Órtesis de la DPSYA es quien entrega a los afiliados estos elementos.

**ARTÍCULO 3º:  
CAMBIO PROPUESTO**

Con la finalidad de simplificar y optimizar los procedimientos administrativos, la Dirección de Prestaciones de Salud y Asistenciales diseñó la norma de cobertura de higiénicos absorbentes descartables (HAD-pañales) que contempla los afiliados enrolados en Programa Discapacidad y aquellos afiliados que por su patología y su condición socioeconómica requieran del insumo.

De esta manera el ISSN centrará sus esfuerzos en la auditoría pre (autorización o rechazo) realizando posteriormente para las solicitudes de renovación auditorías aleatorias en terreno mediante, la realización de un informe socio ambiental, por el Departamento Prestaciones Sociales, certificando el estado del afiliado y avalando la continuidad de la cobertura. Este Departamento realizará el seguimiento de esta prestación sobre cada afiliado que obtenga el beneficio.

El objetivo de esta Norma es establecer los criterios de evaluación y cobertura de los higiénicos absorbentes (pañales) dejando de emitir normas (disposiciones) individuales por cada solicitud de cobertura por parte de los afiliados.



<b>AUTOR:</b>	Página <b>2 de 12</b>	<b>DPSYA</b>
<b>PROPIETARIO:</b> SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

Se establecerá un nuevo circuito de autorización y provisión, en este último en vez de realizarse la compra y provisión en el ISSN, una vez que esta cobertura sea autorizada el afiliado podrá retirar los higiénicos absorbentes descartables (pañales) en la farmacia comercial con convenio específico más cercana a su domicilio, generando mayor accesibilidad a la hora de obtener este beneficio.

Este trámite será presentado través del Sistema de Gestión de Expediente Electrónico en ISSN, que va a permitir evaluar y autorizar la cobertura de esta prestación y sus posteriores solicitudes de continuidad o modificación de tratamiento serán tramitadas por el mismo sistema, permitiendo una visualización integral del historial del afiliado en relación a las coberturas solicitadas y las autorizadas por el ISSN.

### CAPITULO III

#### **ARTÍCULO 4º: REQUISITOS PARA LA SOLICITUD**

Los afiliados enrolados en el Programa de Discapacidad deberán presentar la solicitud correspondiente en el Departamento Discapacidad del ISSN.

Los afiliados no enrolados pero que justifiquen que por su condición requieren esta cobertura presentarán sus solicitudes en el Departamento Clientes del ISSN.

Los afiliados del Interior de la Provincia realizarán sus presentaciones en la delegación a cuyo ámbito geográfico pertenezcan.

Los afiliados en todos los casos deberán presentar:

- Formulario de Solicitud de Provisión de Higiénicos Absorbentes Descartables extendida por Médico prestador del ISSN, (que se retira previamente en las delegaciones o se imprime desde la página Web). Dicho formulario tiene como validez 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción médica. Deberá constatar claramente los motivos que justifican la petición, las características (tamaño, peso) del higiénico absorbente descartable (pañal), **sin especificar marcas comerciales con un tope de 120 (ciento veinte) pañales mensuales.**
- Fotocopia del documento de Identidad del titular o tarjeta de Salud de la Obra Social.

### CAPITULO IV

#### **ARTÍCULO 5º: AUDITORIA Y COBERTURA**

El formulario de solicitud de cobertura de afiliados enrolados en el Programa de Discapacidad, será evaluada por auditoria médica del Departamento Discapacidad.

En el caso de los afiliados no enrolados, la auditoria será realizada por la División Fiscalización y el Departamento Prestaciones Sociales de la Subdirección Profesional y Técnica. Este último intervendrá realizando un informe social.



AUTOR:	Página	<b>DPSYA</b>
	<b>3 de 12</b>	
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	Versión	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>
	<b>1.0.0</b>	

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

La cobertura será autorizada al 100%, por un máximo de seis (6) meses y con un tope de entrega de 120 pañales mensuales. Transcurrido este período se dará continuidad de la cobertura previa presentación del formulario con datos actualizados del paciente y por un nuevo período de hasta seis (6) meses y así sucesivamente.

Se establecen los siguientes módulos según los tipos de pañales que requiere el afiliado:  
Adultos:

- Módulo Adulto 1: Pañales Rectos Grandes.
- Módulo Adulto 2: Pañales Rectos Extragrandes.
- Módulo Adulto 3: Pañales elastizados Medianos.
- Módulo Adulto 4: Pañales Elastizados Grandes.
- Módulo Adulto 5: Pañales Elastizados Extragrandes.
- Módulo Adulto 6: Pañales ropa interior Pequeño – Mediano.
- Módulo Adulto 7: Pañales ropa interior Grande – Extragrande.

Pediátricos:

- Módulo Pediátrico 1: Pañales Pequeños hasta 5 Kg
- Módulo Pediátrico 2: Pañales Pediátricos Medianos de 5 kg a 10 kg.
- Módulo pediátrico 3: Pañales Pediátricos Grandes de 9 kg a 12 kg
- Módulo Pediátrico 4: Pañales Pediátricos Extra Grandes de 12 kg a 15 kg.
- Módulo Pediátrico 5: Pañales Pediátricos Extra Extra grandes mayor a 15 kg.

Aclaraciones:

1. De existir alguna diferencia entre las características y cantidad, no se dará lugar a reclamos, ya que esta cobertura está considerada como una ayuda social.

**ARTÍCULO 6º:**

**MODALIDAD DE ENTREGA**

La División Provisión y Recupero del ISSN emitirá un cargo del Sistema BAS, con ese comprobante el afiliado podrá retirar los higiénicos absorbentes (pañales) en cualquier delegación de ISSN o farmacia comercial que se encuentre adherida al convenio específico para la entrega.

**CAPITULO V**

**ARTÍCULO 7º:**

**GUÍA DE PROCEDIMIENTO N° 001/2019:**

**DENOMINACIÓN: GUÍA DE PROCEDIMIENTO PARA COBERTURA DE ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)**

**OBJETIVO:** Describir los pasos necesarios para gestionar esta cobertura.

**DIRIGIDA:** Al personal del Instituto involucrado en el procedimiento de esta cobertura



AUTOR: ISSN	Página <b>4 de 12</b>	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

**PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN  
SOLICITAR AL AFILIADO**

- Formulario de Solicitud de Provisión de Higiénicos Absorbentes Descartables extendida por Médico prestador del ISSN, (que se retira previamente en las delegaciones o se imprime desde la página Web). Dicho formulario tiene como validez 30 (treinta) días a partir de la fecha de prescripción médica. Deberá constatar claramente los motivos que justifican la petición, las características (tamaño, peso) del higiénico absorbente descartable (pañal), **sin especificar marcas comerciales con un tope de 120 (ciento veinte) pañales mensuales.**
- Fotocopia del documento de Identidad del titular o tarjeta de Salud de la Obra Social.

**PROCEDIMIENTOS INTERNOS  
RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN E INICIO DE TRÁMITE EN EL SISTEMA DE EXPEDIENTE ELECTRÓNICO**

El afiliado podrá presentar la documentación requerida en:

- Departamento Atención al Cliente.
- Departamento Discapacidad.
- Delegación de la localidad a la que pertenece.

La documentación completa, será recibida y se realizarán las siguientes verificaciones:

- Se verificarán los antecedentes previos de la existencia de solicitudes de iguales características tanto en el Sistema de registro de Expedientes en AS400 como en Expediente Electrónico.
- En el caso de encontrar solicitudes de tratamientos en Expedientes en "papel" esa información será anexada (se escaneará la documentación y será agregada) al Trámite Electrónico.
- Todas las solicitudes de renovación de la cobertura tendrán continuidad en el mismo Trámite del Sistema de Expediente Electrónico.
- Se verificará la **AFILIACIÓN** y **CARENCIA** del beneficiario.
- Se verificará que los datos de contacto del afiliado estén completos (Teléfono, correo electrónico, domicilio). Datos **OBLIGATORIOS** para notificación.
- Se constatará si el afiliado posee **MUTUAL** (Policía, IMPS o alguna otra), para compartir cobertura, gestionando previamente con la mutual correspondiente el recupero financiero.
- Se agregará el **CUIL** y **CODEM (ANSES)** del afiliado. El **CODEM** se actualizará cada vez que se realice una solicitud de primera vez, modificación o renovación del tratamiento.

Toda la información recabada será consignada en las observaciones para facilitar la visualización de los datos.

Una vez realizadas las verificaciones correspondientes, se escaneará la documentación y posteriormente se le colocará el sello **DOCUMENTACIÓN DIGITALIZADA** sobre la



AUTOR:	Página	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	5 de 12	
	Versión	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>
	<b>1.0.0</b>	

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

prescripción y formulario presentados, procediendo a iniciar trámite en el Sistema de Expediente Electrónico consignando los siguientes datos:

- Origen: **PERSONA RENAPER/AFILIADO ISSN**
- Clase de trámite: T- .....
- Descripción: **SOLICITUD HIGIENICOS ABSORBENTES (PAÑALES)**

(NO se deberá alterar o modificar la clase de trámite ni la descripción, esto permite homogenizar las búsquedas dentro del sistema)

La documentación digitalizada será denominada manteniendo un formato preestablecido que deberá ser respetado en todos los casos. Esto facilitará la identificación y visualización de la documentación, permitiendo optimizar los plazos de intervención de cada sector, ejemplo:

- Formulario, Estudios **20190513** (AÑO MES DIA= **Fecha de Recepción**)

### **EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)**

El formulario de solicitud de cobertura de afiliados enrolados en el Programa de Discapacidad, será evaluada por auditoría médica del Departamento Discapacidad.

En el caso de los afiliados no enrolados, la auditoría será realizada por la División Fiscalización y el Departamento Prestaciones Sociales de la Subdirección Profesional y Técnica. Este último intervendrá realizando un informe social.

En el caso de corresponder la cobertura, será autorizada al 100%, por un máximo de seis (6) meses y con un tope de entrega de 120 pañales mensuales.

El dictamen de auditoría quedará registrado, correspondencia o no del tratamiento, en el sistema de Expediente Electrónico.

Transcurrido este período se dará continuidad de la cobertura previa presentación del formulario con datos actualizados del paciente y por un nuevo período de hasta seis (6) meses y así sucesivamente.

### **NOTIFICACIÓN AL AFILIADO**

El área de ISSN en donde inicio el trámite el afiliado, será el encargo de notificar al afiliado sobre la resolución de la auditoría.

En el caso de considerarse la cobertura, se le informará al afiliado que con el comprobante del Sistema Bas podrá retirar el higiénico absorbente (pañal) en las farmacias adheridas al convenio específico para dicha entrega o Delegación de ISSN.

### **EMISIÓN DE COMPROBANTE PARA LA ENTREGA**

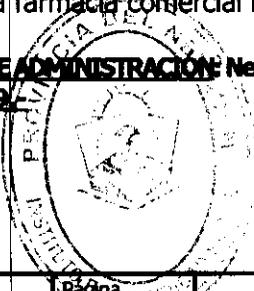
La División Provisión y Recupero de la Coordinación de Compras del ISSN será la encargada de emitir el comprobante para que el afiliado pueda retirar el higiénico absorbente (pañal) en la farmacia comercial más cercana a su domicilio.

~~SECRETARÍA DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN~~ Neuquén, 30 de Agosto de 2019.-

**RESOLUCIÓN N° 334/19**

msf/asm.

Dra. Anahi Busarello  
Secretaria (COPIA)  
ISSN



FDO. CR. NESTOR H. MARTIN.

AUTOR:	Página <b>6 de 12</b>	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>

**ANEXO I**  
**FORMULARIO DE SOLICITUD DE COBERTURA EXCEPCION PAÑALES**

- FORMULARIO SOLICITUD DE  
PROVISIÓN HIGIENICOS ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)



**1. DATOS DEL BENEFICIARIO**

Nº Enrolamiento

Nombre y Apellido: .....

Nº Afiliado: ..... DNI: ..... Enrolado Plan UED: SI  NO

Domicilio: Calle ..... Nº ..... Localidad: .....

Teléfono (fijo): ..... (celular): .....

Edad: ..... (Sólo Mayores de 4 años) Sexo: M  F  Peso actual: ..... kg.

Diagnóstico de enfermedad: .....

Enfermedad de Base: .....

Comorbilidad: .....

Características de la discapacidad: postrado  silla de ruedas  otros

Actividades que realiza: .....

Tipo y vía de alimentación: .....

Incontinencia: Definitiva  Transitoria

Total de unidades (Múltiplos de 30): ..... (Máximo 120) Tamaño: .....

Tiempo de uso estimado (expresado en meses)

3 (tres)  6 (seis) (Renovación del pedido cada 6 meses)

**DATOS DEL MEDICO**

Nombre y Apellido: .....

E-mail: ..... Teléfono: .....

Fecha: .....

Firma y Sello del Médico

Este formulario y la documentación que se adjunta constituye DGC "dentro bajo juramento que los datos consignados en la presente planilla son el fiel reflejo de la situación de mi paciente. La documentación de respaldo será entregada ante el requerimiento de la Auditoría Médica"

**2. AUDITORIA ISSN**

**Auditoría Médica**

Autorizado SI  NO  Cantidad: ..... (.....) Tiempo: ..... (.....)

Requiere informe socioeconómico SI  NO  Observación: .....

**Auditoría Servicio Social** (información adicional puede verse en Informe socioeconómico adjunto)

Informe Favorable SI  NO  Observaciones: .....

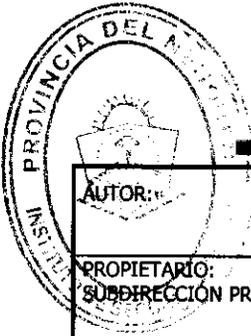
Fecha: .....

Versión 1.0.0

Firma y Sello del Auditoría Médica

Firma y Sello Servicio Social

Se debe adjuntar al Formulario la PROVISIÓN MÉDICA, la cual debe cumplir con las características técnicas del PMS.  
No se aceptan recibidos emitidos por **BAJA GERENCIA**.  
Los datos emitidos son obligatorios y en caso de cualquier tipo de error de procesamiento y/o rechazo de la solicitud,  
se mantendrá sin efecto la misma.



AUTOR: .....	Página	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	7 de 11	
	Versión	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>
	<b>1.0.0</b>	

[Handwritten Signature]

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

**ANEXO II**

**ACUERDO COMERCIAL CON FARMACIAS PRESTADORAS**

**(Ejemplo)**

**CONVENIO MARCO PARA LA PROVISION DE PAÑALES A BENEFICIARIOS DE ISSN**

En Neuquén, a los XX días del mes de 2019, entre el Sr. Martin Nestor Hugo, DNI 14870475, en su carácter de Administrador del Instituto de Seguridad Social del Neuquén, CUIT 30-99906955-6 (en adelante "ISSN") con Domicilio en la calle Buenos Aires Nro. 353, de la ciudad de Neuquén, Provincia de Neuquén y el XXXXXXXXXXXX, en su carácter de XXXXXXXXXXXX (en adelante "Empresa Proveedora"), se suscribe el presente convenio que se encuentra dentro del marco de la Normativa vigente para la venta y provisión de pañales y ropa interior descartable, a beneficiarios del ISSN en las farmacias que dispondrá el Proveedor, Farmacias propias de ISSN y/o delegaciones de dicha entidad, el cual se encontrará regido por las cláusulas que siguen:

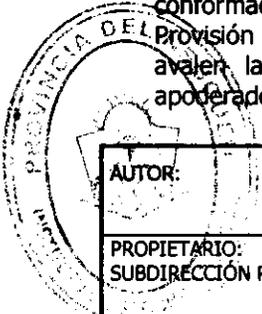
**PRIMERA:** La empresa proveedora se compromete la entrega de los modelos de pañales y/o ropa interior descartable que se encuentren en el Anexo "A" y en los valores detallados en Anexo B, los cuales forman parte integrante del presente Convenio a los afiliados que soliciten la provisión y posean el Formulario de Entrega correspondiente para retirar en las Delegaciones de ISSN o Farmacia, en los días y horarios estipulados.

**SEGUNDA:** La Empresa proveedora se compromete a realizar la provisión de los productos del Anexo "A" en cualquiera de las delegaciones del ISSN y en las Farmacias propias y Botiquines de ISSN (Chos Malal, San Martin y Caviahue) sujetas a un volumen mínimo de veinticuatro (24) paquetes (de cualquiera de los productos).

**TERCERA:** A los efectos de las entregas a realizar en las delegaciones del ISSN y Farmacias Propias de ISSN La Empresa proveedora contará con un plazo máximo de diez (10) días desde su notificación para realizar la misma. Se deberá/n indicar la cantidad de paquetes de cada producto, afiliado y la delegación correspondiente de destino, con los datos de contacto del responsable de la Delegación. La falta de cumplimiento en término, generará una multa diaria equivalente al cinco por ciento (5%) del valor del ítem pendiente de entrega.

**CUARTA:** La empresa acepta que la provisión realizada en los términos de las cláusulas primera y segunda, serán facturadas mensualmente al ISSN **conforme a los valores establecidos en el Anexo "B", los cuales se actualizarán trimestralmente por el ISSN** (quien tomara como referencia los valores establecidos por el mercado), conforme la circunscripción de dicho anexo, en la que cada producto haya sido provisto.

**QUINTA:** La facturación se presentará ante el sector Mesa de Entrada del ISSN en un legajo conformado por: a) Una factura de venta para la provisión en cada circunscripción, que resumirá en una línea por cada producto, la totalidad de unidades que fueron provistas durante el mes y b) Remito por la cantidad total de la provisión en farmacias de ISSN y/o Delegaciones debidamente conformado por el responsable que recibió los insumos y c) La copia del Formulario de Entrega de "Provisión de Pañales" que avalan la entrega de los productos a los beneficiarios y/o Remitos que avalen la entrega en delegaciones del ISSN, debidamente conformada por el afiliado y/o apoderado.



AUTOR:	Página	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	8 de 11	
	Versión	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>
	<b>1.0.0</b>	

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

**SEXTA:** el ISSN se compromete al pago de las facturas por la provisión de estos productos, en un plazo no mayor a cuarenta y cinco (45) días desde la presentación de la factura ante ISSN.

**SEPTIMA:** Las partes acuerdan que la Empresa no podrá realizar canjes de producto al afiliado, cualquier provisión que no se corresponda en forma directa con la Orden correspondiente, será desconocida por el ISSN y hará pasible al proveedor de las sanciones que correspondiesen.

**OCTAVA:** Una vez recibidas las provisiones de los productos tanto en las farmacias de ISSN como en las delegaciones y firmados los comprobantes de entrega correspondientes, será responsabilidad del afiliado o del ISSN las condiciones del producto. Luego de la entrega, la empresa no se responsabilizará por las condiciones de los mismos.

**NOVENA:** Las partes pactan la vigencia del presente convenio en un plazo anual con vigencia a partir del 15 de Agosto de 2019, pudiendo ser prorrogado por un período igual por acuerdo de partes.

**DECIMA:** En caso de corresponder, el impuesto de sellos será soportado en partes iguales, dejándose constancia que resulta imposible determinar la base imponible y que **EL INSTITUTO** se encuentra exento del pago del mentado tributo.

**DECIMA PRIMERA: LAS PARTES** fijan su domicilio, donde serán válidas todas las notificaciones judiciales o extrajudiciales que se cursaren en los denunciados en el acápite. **LAS PARTES** acuerdan voluntariamente someterse a la justicia ordinaria de los Tribunales de la Ciudad de Neuquén Capital, renunciando expresamente a cualquier otro fuero, inclusive el Federal. -----

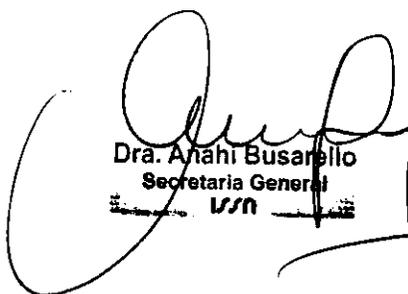
-----  
*En prueba de conformidad se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad de Neuquén a los.....días del mes de .....del año 2019.-----*  
 -----

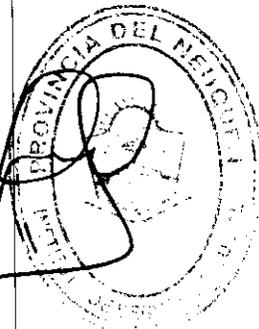
**SECRETARÍA DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN:** Neuquén, 30 de Agosto de 2019.-

**RESOLUCIÓN N° 334/19.-**  
 msf/asm.

(ES COPIA)

FDO. CR. NESTOR H. MARTIN.

  
 Dra. Anahi Busarello  
 Secretaria General  
 ISSN



AUTOR:	Página <b>9 de 11</b>	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>

Fecha Vigencia	<b>INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN</b>
<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>	

**ANEXO A**

**MÓDULOS:**

Adultos:

- Módulo Adulto 1: Pañales Rectos Grandes.
- Módulo Adulto 2: Pañales Rectos Extragrandes.
- Módulo Adulto 3: Pañales elastizados Medianos.
- Módulo Adulto 4: Pañales Elastizados Grandes.
- Módulo Adulto 5: Pañales Elastizados Extragrandes.
- Módulo Adulto 6: Pañales ropa interior Pequeño – Mediano.
- Módulo Adulto 7: Pañales ropa interior Grande – Extragrande.

Pediátricos:

- Módulo Pediátrico 1: Pañales Pequeños hasta 5 Kg
- Módulo pediátrico 2: Pañales Pediátricos Medianos de 5 kg a 10 kg.
- Módulo pediátrico 3: Pañales Pediátricos Grandes de 9 kg a 12 kg
- Módulo Pediátrico 4: Pañales Pediátricos Extra Grandes de 12 kg a 15 kg.
- Módulo Pediátrico 5: Pañales Pediátricos Extra Extra grandes mayor a 15 kg.

**SECRETARÍA DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN: Neuquén, 30 de Agosto de 2019.-**

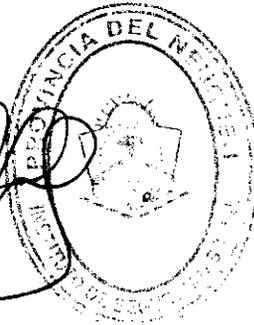
**RESOLUCIÓN N° 334/19.-**

msf/asm.

(ES COPIA)

FDO. CR. NESTOR H. MARTIN.

  
**Dra. Anahí Busarello**  
 Secretaria General  
 VSN



AUTOR:	Página <b>10 de 11</b>	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>

**ANEXO B**

**VALORES DE REFERENCIA:**

Descripcion	Pañales por paquete
Comodin Ultra XG x 16	16
Comodin Ultra G x 16	16
Comodin Ultra M x 8	8
Comodin Clasico XG x 20	20
Comodin Clasico XXG x 20	20
Pampers Confort Sec XG x 18	18
Pampers Confort Sec XXg x 16	16
Plenitud classic G x 16	16
Plenitud Cassic M x 16	16
Plenitud Protect G x 16	16
Plenitud Protect M x 16	16
Plenitud Protect XG x 16	16
Goodnites L/XL x 11	11
Goodnites M x 14	14
Huggies Natural Care Nene XXG X 42	42
Huggies Natural Care Nena XXG X 42	42
Plenitud ropa int Act G/XG X 8	8
Plenitud ropa int Act P/M x 8	8
Huggies Natural Care Nena XG X 44	44
Huggies Natural Care Nene XG x 44	44
Huggies Natural Care Nene G x 56	56
Huggies Natural Care Nena G x 56	56

Corresponde a precios para productos cuya provisión sea realizada en farmacias de Cipolletti, Neuquén y Plottier o delegación ISSN Neuquén
Corresponde a precios para productos cuya provisión sea realizada en farmacia de Zapala o delegaciones ISSN de cualquier localidad del interior
<b>Precios CON IVA</b>
<b>Precios vigentes hasta el 31/10/2019</b>

**SECRETARÍA DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN Neuquén, 30 de Agosto de 2019.-**  
**RESOLUCIÓN N° 334/19.-**

msf/asm

Dra. Anahí Busarello  
 (ES COPIA)  
 Secretaria General  
 ISSN

FDO. CR. NESTOR H. MARTIN.

AUTOR:	Página <b>11 de 11</b>	<b>DPSYA</b>
PROPIETARIO: SUBDIRECCIÓN PROFESIONAL Y TÉCNICA	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PARA ABSORBENTES DESCARTABLES (PAÑALES)</b>



Instituto de Seguridad Social del Neuquén  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel.: 0299 | 4496300 (líneas rotativas)  
www.issn.gov.ar

**VISTO:**

**El Expediente N° 0001-083501/0 Alcance N° 0000 Año 2022; y, Trámite N° 141317**

**CONSIDERANDO:**

Que tratan las presentes actuaciones de la creación de la **NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE);**

Que este Programa se fundamenta en la Ley Nacional N° 27.610 que establece que la interrupción del embarazo es legal y es un derecho en materia de Salud Sexual y Reproductiva;

Que el aborto es una práctica histórica presente en todas las clases sociales, que acentúa las desigualdades respecto al acceso seguro, definidas por las posibilidades económicas. El aborto inseguro y clandestino conlleva a serios riesgos para la salud y la vida de la mujer o persona gestante;

Que es por ello que su despenalización posibilita el control de la misma y garantiza la seguridad en la salud;

Que según estimaciones del Ministerio de Salud Argentina en 2019 entre el 4,75% y el 13,2% de las muertes maternas a nivel mundial son producto de abortos ilegales e inseguros; al menos 22.800 mujeres mueren por esta intervención al año. En Argentina, se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazo al año y es causa de las principales fuentes de muerte materna. Es relevante destacar que estas cifras son estimativas, ya que al tratarse de una práctica que era clandestina hasta la sanción de la legislación, no se dispone de datos oficiales precisos;

Que esta Ley afecta que todos los sectores que integran el Sistema de salud: Sistema Público, Obras sociales y Prepagas, deben garantizar la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE) con cobertura integral y total;

Que desde la Subdirección Programas Especiales de la DPSyA a través de la presente normativa se coordinarán acciones y organizarán las prestaciones que tienen como eje fundamental el acceso al Programa de Atención Integral de IVE/ILE para mujeres y personas con otra identidad de género con capacidad de gestar, y que son afiliadas del Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN) y con el fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad previsible;



Instituto de Seguridad Social del Neuquén  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel.: 0299 | 4496300 (líneas rotativas)  
www.issn.gov.ar

Que con el fin de garantizar el acceso inmediato en caso de urgencia se incluirá a la cobertura de Formulario Terapéutico de ISSN la droga Misoprostol, para que toda persona gestante pueda acceder a la misma aunque no se encuentre aún enrolada en el presente Programa;

Que en función de lo expuesto, se eleva a consideración el Proyecto de Norma Legal;

Que tratado en reunión de Consejo del día de la fecha, es resuelto por Unanimidad;

**Por ello:**

**EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUÉN  
RESUELVE:**

**ARTÍCULO 1º: APROBAR** la creación de la **NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**, que forma parte integrante, con vigencia a partir del dictado de la presente normativa legal.

**ARTÍCULO 2º: INCLUIR** la droga **Misoprostol a la cobertura en Formulario Terapéutico de ISSN**, con vigencia a partir del dictado de la normativa, según lo establecido en la presente Norma Legal.

**ARTÍCULO 3º: INCORPORAR** el **ÍTEM 42.05.01 CONSULTA MÉDICA PLANES ESPECIALES** a la cobertura de este Programa y establecer como válidos los requisitos detallados en los Artículos 9º y 10º de la presente normativa legal, los cuales deberán cumplir los prestadores de ISSN que quieran transaccionar este ítem.

**ARTÍCULO 4º:** Por la **Dirección de Prestaciones Salud y Asistenciales** a través del **Departamento Bases Críticas y Procedimientos**, se procederá a la implementación en el Sistema de Validación On Line (SIA) conforme a lo detallado en la presente normativa.

**ARTÍCULO 5º: Se RATIFICA** la prohibición del cobro de montos por encima de los valores establecidos en la presente Norma Legal, de conformidad a los Convenios oportunamente suscriptos de curso vigente.



Instituto de Seguridad Social del Neuquén  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel.: 0299 | 4496300 (líneas rotativas)  
● ● /issneuquen/  
www.issn.gov.ar

**ARTÍCULO 6º:** Por **Dirección de Prestaciones de Salud y Asistenciales** a través del **Departamento Prestadores**, se notificará a las entidades y/o profesionales correspondientes de la implementación de la norma.

**ARTÍCULO 7º: REGÍSTRESE,** comuníquese, notifíquese, tómese conocimiento y Archívese.

**SECRETARÍA DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN: Neuquén, 28 de Septiembre de 2022.-**  
**RESOLUCIÓN Nº 681/22.-**

am/msf/asm.

(ES COPIA)

FDO. CR. NESTOR H. MARTIN.

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

<b>NÚMERO:</b>	<b>AÑO: 2.022</b>
<b>DENOMINACIÓN:</b> PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)	<b>PROPIETARIO:</b> SUBDIRECCIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES.
<b>NORMAS QUE REEMPLAZA:</b>	Ninguna
<b>SECTORES INTERVINIENTES:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrador General</li> <li>• Secretaria General</li> <li>• Consejo de Administración</li> <li>• Dirección de prestaciones de salud y asistenciales</li> <li>• Subdirección Programas Especiales</li> <li>• Subdirección Profesional y Técnica</li> <li>• Subdirección de fiscalización</li> <li>• Subdirección de Tecnología de la Información Médica y Administrativa.</li> <li>• Departamento Prestadores</li> <li>• Coordinación de delegaciones</li> <li>• Todas las delegaciones</li> </ul>
<b>FECHA DE SANCIÓN: 28/09/2022</b>	<b>FECHA DE VIGENCIA: 28/09/2022</b>
<b>ANEXOS:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ANEXO I:</b> GUÍA DE PROCEDIMIENTO</li> <li>• <b>ANEXO II:</b> LEYES DE REFERENCIA</li> </ul>

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>1 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)****TÍTULO I  
CAPITULO I****ARTÍCULO 1º:  
INTRODUCCIÓN**

Según normativa legal vigente (Ley Nacional N°27.610); en nuestro país la INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO es Legal y es un derecho en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

En la mencionada ley de referencia; todos los sectores que integran el Sistema de salud (Sistema público, Obras sociales y Prepagas); deben garantizar la Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE) con cobertura integral y total.

Se entiende que el Aborto es la interrupción de un embarazo; y en la presente Norma se utilizara este término para definir al aborto inducido únicamente.

A continuación, se detallan diferentes capítulos que organizan prestaciones que tienen como eje fundamental el acceso al Programa de Atención Integral de IVE/ILE para mujeres y personas con otra identidad de género con capacidad de gestar, y que son afiliadas del Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN).

**ARTÍCULO 2º:  
FUNDAMENTO Y SITUACIÓN ACTUAL**

Según estimaciones recientes entre el 4,75% y el 13,2% de las muertes maternas a nivel mundial son producto de abortos ilegales e inseguros; al menos 22.800 mujeres mueren por esta intervención al año. En Argentina, se realizan entre 370 y 522 mil interrupciones de embarazo al año y es causa de las principales fuentes de muerte materna. Es relevante destacar que estas cifras son estimativas, ya que al tratarse de una práctica que era clandestina hasta la sanción de la legislación, no se dispone de datos oficiales precisos. (Ministerio de Salud Argentina, 2019).

El aborto es una práctica histórica presente en todas las clases sociales, que acentúa las desigualdades respecto al acceso seguro; definidas por las posibilidades económicas. El aborto inseguro y clandestino conlleva a serios riesgos para la salud y la vida de la mujer o persona gestante.

Es por ello, que su despenalización posibilita el control de la misma y garantiza la seguridad en la salud.

Desde esta perspectiva la Dirección de Prestaciones de Salud y Asistenciales a través de la Subdirección de Programas Especiales de ISSN; enmarcado la Ley Nacional N°27.610,

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>2 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

intenta en la presente Norma Legal generar un PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Es menester destacar que este Programa deberá ser actualizado constantemente, según evidencias en materia de progresos jurídicos y clínicos.

**CAPITULO II****ARTÍCULO 3º:**

La IVE es un procedimiento seguro si es ejercido por profesionales capacitados, con instrumentos y condiciones adecuadas.

Los equipos técnicos de salud deben garantizar esta práctica como así también la seguridad para prevenir y/o evitar daños físicos y psicológicos de quien la solicita.

En nuestro país, toda mujer y persona con capacidad de gestar tiene derecho a acceder a la IVE hasta la semana 13 de manera ambulatoria y desde la semana 14 hasta la 15 de gestación bajo la modalidad de internación.

Se accede a la ILE solo por causales: cuando el embarazo presenta un peligro para la vida de la gestante; cuando presenta peligro de la salud de la gestante o cuando el embarazo es producto de una violación. El requisito para ILE es solo una declaración jurada (no necesario denuncia) y la firma del consentimiento informado.

Derechos:

- Decidir la interrupción del embarazo con lo establecido por la ley.
- Requerir y recibir atención post aborto en los servicios de salud.

Para ello, es menester que los equipos de salud generar las condiciones en el ejercicio de los mismos, la atención integral implica el trato humanizado, garantizar la atención clínica adecuada, intercambiar información y ofrecer espacio de Consejería/orientación de métodos anticonceptivos y cuidados post procedimiento.

**CAPITULO III****ARTÍCULO 4º:****CAMBIOS PROPUESTOS**

Consiste en un PROGRAMA, un modelo de atención integral acorde a las necesidades de la población beneficiaria; creando condiciones que garanticen el acceso real a ILE/IVE como así también a la contención e información post aborto.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>3 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

Se trata de poder disponer de un programa de cobertura, organizado en los siguientes ejes:

**EJE PROMOCIÓN:**

- En este eje se incluyen las acciones de promoción de salud sexual y reproductiva (talleres educativos) y la difusión del Programa (página web, redes sociales, folletos, etc.) a cargo de la Subdirección de Programas Especiales.

**EJE PREVENCIÓN:**

En este eje se incluye la atención integral:

- Consulta medica
- Cobertura farmacológica Sin intervención directa IVE/ILE
- Ecografía obstétrica
- Laboratorio
- Intervención Directa IVE/ILE
- Espacio de CONSEJERIA/ORIENTACIÓN post IVE/ILE

**ARTÍCULO 5°:****OBJETIVOS DEL PROGRAMA****A. OBJETIVO GENERAL**

Creación de un Programa de Atención Integral en Interrupción Voluntario y Legal de un embarazo para mujeres y personas capaces de gestar; afiliadas de la Obra Social ISSN

**B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Mejorar las condiciones de salud integral de las personas afiliadas de ISSN
- Hacer efectivo el acceso y el cumplimiento de los derechos nacionales en materia de salud sexual y reproductiva
- Fortalecer la vigilancia en IVE/ILE.
- Disponer de información e indicadores de evaluación que permitan realizar un adecuado monitoreo del presente programa.

**CAPITULO IV****ARTÍCULO 6°:****DESTINATARIOS**

Este programa tiene dos tipos de destinatarios:

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>4 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

- Grupo 1 – Totalidad de personas afiliadas al ISSN, responde al EJE PROMOCIÓN (acciones de educación, promoción y protección de la salud).
- Grupo 2- La población objetivo, responde al EJE PREVENCIÓN y atención, personas afiliadas con necesidad de IVE/ILE.

**ARTÍCULO 7º:****REQUISITOS DE INGRESO AL PROGRAMA GRUPO 2**

Mujeres y personas con capacidad de gestar afiliadas del ISSN a partir de los 13 años de edad que requieran IVE/ILE. En el caso de requerir la interrupción y se menor de 13 años, se evaluará según artículo N° 8 de la Ley de referencia (Ley N° 27610).

Se dará el ALTA al Programa a través del sistema informático de ISSN- SIA para acceder a las prestaciones; con la solicitud de ingreso firmada por un profesional de la salud y el consentimiento informado de la persona usuaria, o tutor si correspondiera. El Programa tendrá una vigencia de 6 meses desde el enrolamiento. (VER ANEXO)

**TITULO II**  
**CAPITULO I**

**ARTÍCULO 8º:****ALCANCES**

Prestaciones reconocidas: consultas médicas/ ecografía/laboratorio/ prestación farmacológica/ internación.

Acciones de prevención primaria, sensibilización, educación, entre otras.

**CONSIDERACIONES GENERALES DE COBERTURA Y DURACIÓN DE LA PRESTACIÓN**

- A partir de la Ley 27.610, las mujeres y personas con otras identidades de género tienen derecho a interrumpir su embarazo.
- Hasta la semana catorce (14), inclusive, sin tener que explicar los motivos de su decisión.
- Cuando el embarazo es resultado de una violación o si está en peligro su vida o su salud.

La IVE/ILE puede efectuarse sin intervención directa o con intervención.

El tratamiento ambulatorio es hasta la semana 12 de gestación inclusive y la cobertura farmacológica brindada es el misoprostol; siempre bajo indicaciones clínicas.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>5 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

El tratamiento en internación se realiza entre la semana 13 y 14 de gestación; puede incluir el misoprostol, la intervención aspiración manual endouterina (AMEU/AEU).

**La cobertura será al 100%.** Es importante destacar, que en el caso de requerimiento quirúrgico; el plazo máximo para que se garantice la práctica son 10 días corridos desde la solicitud.

Inicio de Solicitud de IVE/ILE:

- Consulta médica inicial (médicos generalistas y ginecólogos).

Los generalistas podrán realizar la práctica de aborto con medicamentos en forma ambulatoria según Guía Nacional "Protocolo para la atención de las personas con derecho a la Interrupción Legal del embarazo 2019" y podrían realizar AMEU (aspiración manual endouterina) si trabajan en una institución con hospital de día o internación. La condición es que certifiquen capacitación específica.

Los/las ginecólogos/as podrán realizar la práctica sin límite de técnicas, en tanto sea con medicamentos o quirúrgico; y lo quirúrgico tendrá que ser en lo posible AMEU que es la técnica validada por las evidencias.

Durante esta visita; se realiza el examen clínico, la historia clínica, la firma de la solicitud del programa y el consentimiento informado, la consejería. En los casos de violación deberá completar la declaración jurada.

- Ecografía inicial: es importante si hubiera sospecha con alguno de los dos diagnósticos diferenciales: embarazo ectópico o enfermedad trofoblástica; solicitar una ecografía inicial en el caso que no la haya realizado.
- Laboratorio Oportunidad descartar anemia, ETS y grupo y factor RH para administrar inmunoglobulina anti Rh.
- Medicación.
- IVE con intervención directa: La afiliada o persona con capacidad de gestar puede elegir el método con el que desea abortar. En caso de elegir el método quirúrgico este deberá ser de preferencia AMEU/AEU. No se recomienda legrado evacuador. La cobertura es total; se contempla como cirugía ambulatoria.
- Ecografía post interrupción: se autorizara únicamente a la semana y hasta los 14 días del tratamiento no antes.
- Consulta médica final: Control y consejería en anticoncepción obligatoria.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>6 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)****ARTÍCULO 9º:****COBERTURAS****TABLA N°1 CONSULTAS MÉDICAS**

ÍTEM	PRACTICA	REGLAS	TOPE	COBERTUR A
42.05.01	CONSULTA MEDICA PLANES ESPECIALES	Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a medico clínico, de familia o rural, ginecólogo, inscripto en el padrón de prestadores bajo programa especial. Incluye: Consejería/Orientación; atención, prescripción y registros de datos del paciente. Incompatibilidad: No se puede transaccionar conjuntamente con consulta médica 42.01.01	2 en 6 meses	100%

Sobre las consultas médicas se propone que pueda ser de carácter presencial y virtual (telemedicina). A su vez, que su valor sea estimado con un adicional de la consulta médica, comprendiendo la importancia del trabajo en prevención de los/las prestadores/prestadoras; la adherencia al procedimiento administrativo que contempla el programa; y el seguimiento posterior en calidad de Consejería/Asesoramiento en métodos anticonceptivos. Estas consultas especiales serán dos en total.

**TABLA N°2 PRESTACIÓN FARMACOLOGICA**

DROGAS	PRESENTACIÓN	REGLA DE NEGOCIO / TOPES	COBERTURA
MISOPROSTOL	COMP.VAGINALES X 12	La cobertura de esta monodroga será de 2 por seis meses. La dosis, vía de administración y esquema dependerá de la semana de gestación.	100%
PARACETAMOL	500 MG COMP. X 20	1 por seis meses	100%
IBUPROFENO	600 MG COMP. X 20	1 por seis meses	100%

Las personas inscriptas en el Programa IVE/ILE retiran la medicación en cualquier Farmacia Comercial con la prescripción médica.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>7 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)****TABLA N°3 ECOGRAFIA OBSTÉTRICA**

ITEM	PRACTICA	TOPE	COBERTURA
18.01.04	ECOG.TOCOGINECOLOGICA CON O SIN TRANSDUCTOR VAGINA L	1 en 6 meses	100%

**TABLA N°4 LABORATORIO**

PRESTACIÓN	TOPE	ITEM	COBERTURA
VDRL	Uno (1)	934	100%
ANTICUERPOS ANTI-HIV, ELISA	Uno (1)	63	100%
UROCULTIVO	Uno (1)	911	100%
EXUDADO VAGINAL Y FLUJO VAGINAL	Uno (1)	931	100%
HEMOGRAMA	Uno (1)	475	100%
ANTIGENO HEPATITIS B ANTIGENO DE SUPERFICIE, AG. HBS	Uno (1)	1086	100%

**TABLA N°5 VACUNAS**

PRESENTACIÓN	REGLA DE NEGOCIO / TOPES	COBERTURA
INMUNOGLOBULINA ANTI RH	La cobertura de esta monodroga será a través de auditoria previa con el tope de 1 por seis meses. Si la mujer es RH- y se administra misoprostrol	100%

**TABLA N°6 INTERVENCION QUIRURGICA AMEU/AEU**

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>8 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

ÍTEM	PRACTICA	REGLAS	TOPE	COBERTURA
11.07.10	RASPADO UTERINO TERAPEUTICO O AMEU / AEU (ASPIRACION MANUAL O ELECTRICA ENDOUTERINA)	Practica relacionada en su prescripción, realización y facturación a médico especialista en ginecología y obstetricia prestador de ISSN. Casos IVE/ILE	1 en 6 meses	100%

**CAPITULO II****ARTÍCULO 10º:****REQUISITOS PARA LOS/LAS PRESTADORES/PRESTADORAS**

Podrán ser prestadores/as del Programa los profesionales médicos/as generalistas y ginecólogos/as inscriptos en el padrón de prestadores/as del ISSN, que acrediten experiencia en IVE/ILE.

**CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIR LOS PRESTADORES/AS PARA LA ATENCIÓN DE LAS AFILIADAS/OS INSCRIPTAS/OS EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN IVE/ILE**

Para ser prestadores/as del presente programa, los/las profesionales deberán firmar un acta de adhesión al mismo a través del Colegio Médico de la Provincia de Neuquén, o entidad que lo represente.

**CAPÍTULO III****ARTÍCULO 11º:****AUDITORIA DEL PROGRAMA**

La auditoría del programa, estará a cargo del equipo técnico de la Subdirección de Programas Especiales de la DPSyA.

Es fundamental la evaluación de resultados, calidad y procesos en pos de formular políticas saludables en el contexto del programa.

Se requiere de información no solamente cuantitativa, sino de significación cualitativa, la cantidad y calidad de las prestaciones expresadas en números absolutos o en valores porcentuales debe acompañarse con la calidad de atención que reciben las personas inscriptas en el programa.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>9 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)****CONFIDENCIALIDAD**

La información personal de cada persona inscripta, será protegida y garantizada por quienes enrolan y auditan el Programa.

El acceso al sistema informático de ISSN será limitado por esta misma razón, solo podrán enrolar personal de la Subdirección de Programas Especiales.

Ninguna información personal de las personas con capacidad de gestar podrá ser divulgada sin el consentimiento de las mismas.

**CAPÍTULO IV****ARTÍCULO 12°:****PREVENCIÓN PRIMARIA**

Se efectuarán estrategias para garantizar la promoción y protección de la salud, previniendo enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

**Acciones:**

- Actividades de educación para la salud basada en Talleres y Campañas de difusión a través de material escrito (folletos, afiches, etc.), prensa, web, radio y/o televisión.
- Consejería/Consultoría que funciona en la subdirección de Programas Especiales, en materia de salud sexual que todos/as los/las afiliados/as pueden acceder de manera presencial o virtual.

**CAPITULO V****ARTÍCULO 13°:****CARENCIAS**

<b>TIPO DE CARENCIA</b>	<b>CANTIDAD DE DÍAS</b>
Carencia Parcial	0 días
Carencia Completa	30 días

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>10 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN  
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)****PRESTACIONES NO RECONOCIDAS EN EL PROGRAMA**

Las prestaciones no incluidas en el Programa, pero que se encuentran reconocidas en las prestaciones habituales del Instituto, están disponibles para los/las afiliados/as con las coberturas consideradas en "Cobertura general".

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Ministerio de salud de la Nación: "Protocolo para la atención de las personas con derecho a la Interrupción Legal del embarazo"; 2019.

Ministerio de Saud de la Nación: "Protocolo para la atención de las personas con derecho a la Interrupción Voluntaria y Legal del embarazo"; Actualización 2021.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>11 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)****ANEXO I****GUÍAS DE PROCEDIMIENTO**

Las Guías de procedimiento, estarán activas en el Manual de Procedimientos General de la Dirección de Programas de Salud y Asistenciales realizadas para unificar criterios relacionados a la información que se dará al afiliado y a los profesionales; a saber: enrolamiento (Altas al programa y subprogramas), cobertura, seguimiento y bajas al programa.

Dichos Instructivos están dirigidos al Personal del Instituto del Seguridad Social, de aquellos sectores y áreas implicadas en el procedimiento e ingreso de los afiliados a los programas y subprogramas que la Obra Social provee.

**GUIA PRÁCTICA DEL CIRCUITO DE INGRESO Y PERMANENCIA AL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO****GUIA DE PROCEDIMIENTO**

**DENOMINACION:** Solicitud de **ALTA** al programa

**OBJETIVO:** Delinear el procedimiento administrativo de **ALTA** en Programa de Atención Integral en IVE/ILE.

**DIRIGIDA:** Al personal del ISSN.

Las personas afiliadas beneficiarias, serán inscriptas mediante Sistema SIA por agentes de la obra social que posean clave de acceso al Programa, Por ej: Agentes de la Subdirección de Programas Especiales.

**CARENCIAS:**

- ✓ Carencia Parcial: 0 días
- ✓ Carencia Completa: 360 días

**PROCEDIMIENTO INTERNO:**

ALTA: Con la solicitud de Ingreso y consentimiento informado firmada tanto por el usuario como el prestador profesional de la salud; las personas afiliadas interesadas podrán

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>12 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

acercarse personalmente a la Subdirección de Programas Especiales y Delegaciones del Interior, o enviando la solicitud vía email ([casadelaprevencion@issn.gov.ar](mailto:casadelaprevencion@issn.gov.ar)); para evaluación de cobertura y enrolamiento.

**SOLICITUD DE INGRESO PROGRAMA IVE/ILE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO**

FECHA:.....

NOMBRE Y APELLIDO DE LA PERSONA AFILIADA: .....

EDAD..... DNI.....

TELEFONO..... MAIL.....

FIRMA.....

FIRMA del representante legal o allegado/a  
o sistema de apoyo (en caso de corresponder).....

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Con mi firma en el presente documento, requiero formalmente la interrupción del embarazo, conforme a lo establecido en la Ley Nacional: N°27610. A los fines referidos manifiesto expresamente:

Que he recibido información en un lenguaje claro y sencillo sobre los diferentes métodos mediante los cuales pueden llevarse a cabo la interrupción de este embarazo; que el mismo se efectuó en un espacio de intercambio, donde se me informo las características de cada uno de los procedimientos disponibles, sus riesgos, beneficios y consecuencias. A su vez, entiendo que conforme a lo explicado, puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.

FIRMA Y ACLARACIÓN PERSONA INTERSADA

FIRMA Y ACLARACIÓN MEDICO/A PRESTADOR

.....

.....

Toda persona que solicite ILE debe firmar el consentimiento en el caso de niñas antes de los 13 años con firma de quien la acompañe.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>13 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)****ANEXO II****Ley Nacional****Ley 27610****Disposiciones.**

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º- Objeto. La presente ley tiene por objeto regular el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y a la atención postaborto, en cumplimiento de los compromisos asumidos por el Estado argentino en materia de salud pública y derechos humanos de las mujeres y de personas con otras identidades de género con capacidad de gestar y a fin de contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad prevenible.

Art. 2º- Derechos. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a:

- a) Decidir la interrupción del embarazo de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud, de conformidad con lo establecido en la presente ley;
- c) Requerir y recibir atención postaborto en los servicios del sistema de salud, sin perjuicio de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados de conformidad con la presente ley;
- d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y a métodos anticonceptivos eficaces.

Art. 3º- Marco normativo constitucional. Las disposiciones de la presente ley se enmarcan en el artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional, los tratados de derechos humanos ratificados por la República Argentina, en especial la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) y su Protocolo Facultativo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belém do Pará", la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, en virtud de la protección que otorgan a los derechos sexuales y reproductivos, a la dignidad, a la vida, a la autonomía, a la salud, a la educación, a la integridad, a la diversidad corporal, a la identidad de género, a la diversidad étnico-cultural, a la privacidad, a la libertad de creencias y pensamientos, a la información, a gozar de los beneficios de los avances científicos, a la igualdad real de oportunidades, a la no discriminación y a una vida libre de violencias.

Art. 4º- Interrupción voluntaria del embarazo. Las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional.

Fuera del plazo dispuesto en el párrafo anterior, la persona gestante tiene derecho a decidir y acceder a la interrupción de su embarazo solo en las siguientes situaciones:

- a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante, ante el personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida;

- b) Si estuviere en peligro la vida o la salud integral de la persona gestante.

Art. 5º- Derechos en la atención de la salud. Toda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de diez (10) días corridos desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la presente ley y en las leyes 26.485, 26.529 y concordantes.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>14 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

El personal de salud debe garantizar las siguientes condiciones mínimas y derechos en la atención del aborto y postaborto:

a) Trato digno. El personal de salud debe observar un trato digno, respetando las convicciones personales y morales de la paciente, para erradicar prácticas que perpetúan el ejercicio de violencia contra las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar;

b) Privacidad. Toda actividad médico-asistencial tendiente a obtener y transmitir información y documentación clínica de la paciente debe garantizar la construcción y preservación de un ambiente de confianza entre el personal de salud y las personas que solicitan la atención, y observar el estricto respeto por su intimidad, dignidad humana y autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la confidencialidad; solo se compartirá información o se incluirá a su familia o a su acompañante con su expresa autorización, conforme las previsiones del artículo 8º de la presente ley.

Asimismo, deberá protegerse a la paciente de injerencias ilegítimas por parte de terceros.

En los casos de violación cuyas víctimas fueran niñas o adolescentes, el deber de comunicar la vulneración de derechos previsto en el artículo 30 de la ley 26.061 y el deber de formular denuncia penal establecido en el artículo 24, inciso e), de la ley 26.485 en el marco de lo dispuesto por el artículo 72 del Código Penal, deberán cumplirse respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad de niñas y adolescentes, su capacidad progresiva e interés superior de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061 y el artículo 26 del Código Civil y Comercial, y no deberán obstruir ni dilatar el acceso a los derechos establecidos en la presente ley;

c) Confidencialidad. El personal de salud debe crear las condiciones para el resguardo de la confidencialidad y el secreto médico durante todo el proceso de atención y también con posterioridad. Debe informar durante la consulta que la confidencialidad está garantizada y resulta alcanzada por el secreto médico.

La paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manejo de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, deba respetar el derecho a la confidencialidad, salvo expresa autorización escrita de la propia paciente;

d) Autonomía de la voluntad. El personal de salud debe respetar las decisiones de las pacientes respecto al ejercicio de sus derechos reproductivos, las alternativas de tratamiento y su futura salud sexual y reproductiva. Las decisiones de la paciente no deben ser sometidas a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o axiológicas por parte del personal de salud, debiendo prevalecer su libre y autónoma voluntad;

e) Acceso a la información. El personal de salud debe mantener una escucha activa y respetuosa de las pacientes para expresar libremente sus necesidades y preferencias. La paciente tiene derecho a recibir la información sobre su salud; el derecho a la información incluye el de no recibir información inadecuada en relación con la solicitada.

Se debe suministrar información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, los alcances y consecuencias de la práctica. Dicha información debe ser actualizada, comprensible, veraz y brindada en lenguaje y con formatos accesibles.

El personal de salud y las autoridades públicas tienen la obligación de suministrar la información disponible sobre los derechos protegidos por la presente ley de forma dinámica y a lo largo de todo el proceso de atención, incluso si no hay una solicitud explícita;

f) Calidad. El personal de salud debe respetar y garantizar el tratamiento del aborto conforme los alcances y la definición de la Organización Mundial de la Salud. La atención será brindada siguiendo los estándares de calidad, accesibilidad, competencia técnica, rango de opciones disponibles e información científica actualizada.

Art. 6º- Información y tratamiento del aborto y de la salud sexual y reproductiva. Realizada la solicitud de interrupción voluntaria del embarazo de conformidad con el artículo 4º, el establecimiento de salud pondrá a disposición de las personas gestantes que así lo requieran, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, ley 25.673, lo siguiente:

a) Información sobre el procedimiento que se llevará a cabo y los cuidados posteriores necesarios, siguiendo los criterios del artículo anterior;

b) Atención integral de su salud a lo largo de todo el proceso;

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>15 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

c) Acompañamiento en el cuidado de la salud e información adecuada y accesible a las necesidades de cada persona, científica, actualizada sobre los distintos métodos anticonceptivos disponibles, así como la provisión de los métodos anticonceptivos previstos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) y en la ley 25.673 o la normativa que en el futuro la reemplace.

Estos servicios no son obligatorios para la paciente ni condición para la realización de la práctica.

Art. 7º- Consentimiento informado. Previo a la realización de la interrupción voluntaria del embarazo se requiere el consentimiento informado de la persona gestante expresado por escrito, de conformidad con lo previsto en la ley 26.529 y concordantes y en el artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación. Nadie puede ser sustituido en el ejercicio personal de este derecho.

Art. 8º- Personas menores de edad. En el marco de lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto 415/06, el artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación, la solicitud de la interrupción voluntaria del embarazo deberá ser efectuada de la siguiente manera:

a) Las personas mayores de dieciséis (16) años de edad tienen plena capacidad por sí para prestar su consentimiento a fin de ejercer los derechos que otorga la presente ley;

b) En los casos de personas menores de dieciséis (16) años de edad, se requerirá su consentimiento informado en los términos del artículo anterior y se procederá conforme lo dispuesto en el artículo 26 del Código Civil y Comercial y la resolución 65/15 del Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la Convención de los Derechos del Niño, la ley 26.061, el artículo 7º del anexo I del decreto reglamentario 415/06 y el decreto reglamentario 1.282/03 de la ley 25.673.

Art. 9º- Personas con capacidad restringida. Si se tratare de una persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la restricción no tuviere relación con el ejercicio de los derechos que otorga la presente ley, podrá prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento ni necesidad de autorización previa alguna, si lo deseara, con la asistencia del sistema de apoyo previsto en el artículo 43 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Las personas que actúan como sistema de apoyo no representan ni sustituyen a la persona con discapacidad en el ejercicio de sus derechos y, por tanto, es necesario que el diseño del sistema de apoyo incorpore salvaguardas adecuadas para que no existan abusos y las decisiones sean tomadas por la titular del derecho. Si la sentencia judicial de restricción a la capacidad impide prestar el consentimiento para el ejercicio de los derechos previstos en la presente ley, o la persona ha sido declarada incapaz judicialmente, deberá prestar su consentimiento con la asistencia de su representante legal o, a falta o ausencia de este o esta, la de una persona allegada, en los términos del artículo 59 del Código Civil y Comercial de la Nación.

Art. 10.- Objeción de conciencia. El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia. A los fines del ejercicio de la misma, deberá:

a) Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, privado o de la seguridad social, en los que ejerza su profesión;

b) Derivar de buena fe a la paciente para que sea atendida por otro u otra profesional en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones;

c) Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas.

El personal de salud no podrá negarse a la realización de la interrupción del embarazo en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable.

No se podrá alegar objeción de conciencia para negarse a prestar atención sanitaria postaborto.

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en el presente artículo dará lugar a las sanciones disciplinarias, administrativas, penales y civiles, según corresponda.

Art. 11.- Objeción de conciencia. Obligaciones de los establecimientos de salud. Aquellos efectores de salud del subsector privado o de la seguridad social que no cuenten con profesionales para realizar la interrupción del embarazo a causa del ejercicio del derecho de objeción de conciencia de conformidad con el artículo anterior, deberán prever y disponer la derivación a un efector que realice efectivamente la prestación y que sea de similares características al que la persona solicitante de la prestación consultó. En todos los casos se debe garantizar la realización de la práctica conforme a las previsiones de la presente ley. Las gestiones y

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>16 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

costos asociados a la derivación y el traslado de la paciente quedarán a cargo del efector que realice la derivación. Todas las derivaciones contempladas en este artículo deberán facturarse de acuerdo con la cobertura a favor del efector que realice la práctica.

Art. 12.- Cobertura y calidad de las prestaciones. El sector público de la salud, las obras sociales enmarcadas en la ley 23.660 y en la ley 23.661, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados creado por la ley 19.032, las entidades y agentes de salud comprendidos en la ley 26.682, de marco regulatorio de medicina prepaga, las entidades que brinden atención dentro de la reglamentación del decreto 1.993/11, las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad, las obras sociales del Poder Legislativo y Judicial y las comprendidas en la ley 24.741, de obras sociales universitarias, y todos aquellos agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales a las personas afiliadas o beneficiarias, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción voluntaria del embarazo prevista en la presente ley en todas las formas que la Organización Mundial de la Salud recomienda. Estas prestaciones quedan incluidas en el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el PMO con cobertura total, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

Art. 13.- Educación sexual integral y salud sexual y reproductiva. El Estado nacional, las provincias, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los municipios tienen la responsabilidad de implementar la ley 26.150, de Educación Sexual Integral, estableciendo políticas activas para la promoción y el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de toda la población.

Estas políticas deberán estar enmarcadas en los objetivos y alcances establecidos en las leyes 23.798, 25.673, 26.061, 26.075, 26.130, 26.150, 26.206, 26.485, 26.743 y 27.499, además de las leyes ya citadas en la presente ley. Deberán, además, capacitar sobre perspectiva de género y diversidad sexual a los y las docentes y a los y las profesionales y demás trabajadores y trabajadoras de la salud, a fin de brindar atención, contención y seguimiento adecuados a quienes soliciten realizar una interrupción voluntaria del embarazo en los términos de la presente ley, así como a los funcionarios públicos y las funcionarias públicas que actúen en dichos procesos.

Art. 14.- Modificación del Código Penal. Sustitúyese el artículo 85 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 85: El o la que causare un aborto será reprimido:

1. Con prisión de tres (3) a diez (10) años, si obrare sin consentimiento de la persona gestante. Esta pena podrá elevarse hasta quince (15) años si el hecho fuere seguido de la muerte de la persona gestante.
2. Con prisión de tres (3) meses a un (1) año, si obrare con consentimiento de la persona gestante, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86.

Art. 15.- Incorporación del artículo 85 bis al Código Penal. Incorpórase como artículo 85 bis del Código Penal de la Nación, el siguiente:

Artículo 85 bis: Será reprimido o reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año e inhabilitación especial por el doble del tiempo de la condena, el funcionario público o la funcionaria pública o la autoridad del establecimiento de salud, profesional, efector o personal de salud que dilatare injustificadamente, obstaculizare o se negare, en contravención de la normativa vigente, a practicar un aborto en los casos legalmente autorizados.

Art. 16.- Sustitución del artículo 86 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 86 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 86: No es delito el aborto realizado con consentimiento de la persona gestante hasta la semana catorce (14) inclusive del proceso gestacional.

Fuera del plazo establecido en el párrafo anterior, no será punible el aborto practicado con el consentimiento de la persona gestante:

1. Si el embarazo fuere producto de una violación. En este caso, se debe garantizar la práctica con el requerimiento y la declaración jurada de la persona gestante ante el o la profesional o personal de salud interviniente.

En los casos de niñas menores de trece (13) años de edad, la declaración jurada no será requerida.

2. Si estuviera en riesgo la vida o la salud integral de la persona gestante.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>17 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

**NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)**

Art. 17.- Sustitución del artículo 87 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 87 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 87: Será reprimido o reprimida con prisión de seis (6) meses a tres (3) años, el o la que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado del embarazo de la persona gestante fuere notorio o le constare.

Art. 18.- Sustitución del artículo 88 del Código Penal. Sustitúyese el artículo 88 del Código Penal de la Nación, por el siguiente:

Artículo 88: Será reprimida con prisión de tres (3) meses a un (1) año, la persona gestante que, luego de la semana catorce (14) de gestación y siempre que no mediaren los supuestos previstos en el artículo 86, causare su propio aborto o consintiera que otro se lo causare. Podrá eximirse la pena cuando las circunstancias hicieren excusable la conducta.

La tentativa de la persona gestante no es punible.

Art. 19.- Capacitación. El personal de salud deberá capacitarse en los contenidos de esta ley y de la normativa complementaria y reglamentaria. A tal fin, el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires implementarán los correspondientes programas de capacitación.

Art. 20.- Autoridad de aplicación. La autoridad de aplicación de la presente ley será establecida por el Poder Ejecutivo nacional.

Art. 21.- Orden público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación obligatoria en todo el territorio de la República Argentina.

Art. 22.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DÍAS DEL MES DE DICIEMBRE DEL AÑO DOS MIL VEINTE.

REGISTRADA BAJO EL N° 27610

CLAUDIA LEDESMA ABDALA DE ZAMORA - SERGIO MASSA - Marcelo Jorge Fuentes - Eduardo Cergnul  
e. 15/01/2021 N° 1961/21 v. 15/01/2021

**SECRETARÍA DE CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN: Neuquén, 28 de Septiembre de 2022.-**

**RESOLUCIÓN N° 681/22.-**

am/msf/asm.

(ES COPIA)

FDO. CR. NESTOR H. MARTIN.

AUTOR: <b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>	Página <b>18 de 18</b>	<b>SUBDIRECCIÓN PROGRAMAS ESPECIALES</b>
PROPIETARIO: <b>DPSYA</b>	Versión <b>1.0.0</b>	<b>NORMA DE COBERTURA PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE)</b>

## DISPOSITIVO INTRA UTERINO (DIU)

5 de enero 2022

Estimados,

Por indicación de la subdirección profesional y técnica del ISSN, se recuerda que únicamente se puede transaccionar por SIA el **Dispositivo Intrauterino de cobre (DIU)** con tope 1 por afiliada, con cobertura al 100%.

Los dispositivos **Mirena e Implanon** se encuentran en nuestro FT con auditoría previa y se entregan en nuestra sede central una vez autorizados.

Surge este recordatorio a raíz de haberse detectado que algunas farmacias han intentado validar el dispositivo Mirena, con prescripciones por DIU de cobre.

Sirva el presente de formal notificación.

Saludos cordiales,

22 de Septiembre 2020

Estimados,

Se informa que se ha incorporado al PLAN de ANTICONCEPCIÓN del DIU de cobre, con un valor establecido en \$1050,00.

Código 52717 KUPFER DISP.INTRAUTERINO X 1 tope de 1 cada 3 años.

Para la carga en sistema, se deberá realizar la búsqueda manual al igual que se hace con los pañales. Saludos cordiales, ELIANA TRENKNER  
Jefe de Departamento Prestadores  
D.P.S. y A - I.S.S.N **299 524-1842**

Estimados,

Por indicación de la Subdirección Profesional y Técnica del ISSN, se informa que corresponde actualización de valor del DIU kupfer, que asciende a la suma de \$17.300.- (valor kairos) a partir del 12/09/23 a las 00:00hs.

## Comunicado ISSN y Mutual Policial – Diciembre 2022

### Sres. Asociados:

Nos dirigimos a Uds. para informar respecto a algunas consideraciones y modificaciones a la hora de realizar la atención a los afiliados de la obra social **ISSN y Mutual Policial**.

En principio resulta fundamental y condición esencial **SOLICITAR LA CREDENCIAL DE ISSN** para corroborar la identidad del afiliado. Aquella persona que no cuente con la credencial correspondiente, no podrá ser atendida.

Luego de ello, las opciones de atención son 2:

- 1) Si el afiliado tiene credencial física, se corroboran los datos y se atiende como siempre
- 2) Si el afiliado tiene credencial virtual, es decir, posee descargada en su celular la aplicación de ISSN, se procede a la validación a partir del uso de la misma, que implica la utilización del código QR que aparece en el sitio de validación, y que cada farmacia puede tenerlo impreso previamente **ya que el QR es único para cada farmacia**. De esta manera ahorraran tiempo al no tener que generarlo en cada atención.

Este código QR les permitirá generar **el token que es individual para cada operación**.

Recuerden que una vez generada la credencial virtual, el afiliado no puede volver a tener la credencial física.

En caso de que cuente con el coseguro de Mutual Policial, el sistema le arrojará 2 comprobantes de validación (ver abajo) con información diferente si se trata de la de ISSN propiamente dicha, ó la de Mutual Policial.

En el caso de Mutual Policial, ese comprobante puede presentarse con la debida conformidad del afiliado (firma y otros datos) como único elemento para la cobranza, es decir, **no es necesario realizar fotocopias de las recetas ni tampoco completar la planilla manual**. Obviamente es imprescindible que tengan todos los comprobantes debidamente conformados por el afiliado, y en la bolsa que los contiene coloquen la carátula del sistema del colegio que indica la cantidad de recetas, el importe al 100% de las mismas, y el porcentaje (20% en su mayoría, excepto coberturas de algunas localidades) a cargo de Mutual Policial.

ISSN - OL - Plan 70% - Grupo III -	
99991214	DOCUMENTO NO FISCAL
Farmacia: 2492	(8340) Zapala
CUFE:	
CUIT:	
Emisión:	22/12/2022
Autoriza:	22/12/22 09:04
Afiliado:	10954073 - ZALAZAR, VILMA EDIT
Receta:	
Matricula:	4373
[101] Autorización : 16878008	
1 x 1,638.25	
ACTRON 600 RAPIDA ACCION	1,638.25 70
CAPS.GELAT.BLANDA X	
TOTAL RECETA:	1,638.25
A CARGO AFILIADO:	491.47
A CARGO ISSN - OL:	1,146.78
Apellido y nombre	Firma
Domicilio	
DNI	Teléfono
Correo electrónico	v2.5.5

MUTUAL POLICIAL - COSEG.ISSN OL -	
99991214	DOCUMENTO NO FISCAL
Farmacia: 2492	(8340) Zapala
CUFE:	
CUIT:	
Emisión:	22/12/2022
Autoriza:	22/12/22 09:03
Afiliado:	10954073 - ZALAZAR, VILMA EDIT
Receta:	
Matricula:	4373
[101] Autorización : 16878008	
1 x 1,638.25	
ACTRON 600 RAPIDA ACCION	1,638.25 20
CAPS.GELAT.BLANDA X	
TOTAL RECETA:	1,638.25
A CARGO AFILIADO:	163.82
A CARGO O/S PRINCIPAL	1,146.78
A CARGO MUTUAL POLICI	327.65
Apellido y nombre	Firma
Domicilio	
DNI	Teléfono
Correo electrónico	v2.5.5



Instituto de Seguridad Social del Neuquén  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel.: 0299 | 4496300 (Líneas rotativas)  
● ● /issneuquen/  
www.issn.gov.ar

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con motivo de informar actualización de metodología para validación Leches de Formula.

A partir del 1 de Agosto del corriente año se comenzará a utilizar una nueva metodología para la autorización de leches por Plan Materno. El mismo será similar al usado actualmente para la entrega de pañales.

Evaluada la solicitud presentada por el afiliado, y en el caso de autorizar el pedido, el auditor generará una DISPOSICIÓN de cobertura, para que el afiliado pueda retirar las leches en cualquier farmacia comercial prestadora del ISSN.

En la DISPOSICIÓN se autorizará del siguiente listado adjunto la presentación que corresponda a cada caso.

La farmacia prestadora debe buscar de manera manual el producto autorizado para realizar su validación a través del Sistema de Validación On Line (SIA). \*

En la página oficial del ISSN "Formulario Terapéutico" se podrá corroborar cual es producto cargado en DISPOSICIÓN.

Cada producto tendrá su propio importe unitario determinado por ISSN y el valor total que figure en la validación será el reconocido por la Obra Social. En caso de existir diferencia, el pago estará al cargo del afiliado.

Se informa además, que el importe unitario de las presentaciones será actualizado cada dos (2) meses.

### **LISTADO LECHE DE FORMULA ISSN**

<b>Código</b>	<b>Denominación</b>	<b>Presentación</b>
56275	LECHE DE INICIO	LATA X 400 G
56276	LECHE DE INICIO	LATA X 800 G
<b>Código</b>	<b>Denominación</b>	<b>Presentación</b>
56277	LECHE DE CONTINUACION	LATA X 400 G
56278	LECHE DE CONTINUACION	LATA X 800 G
<b>Código</b>	<b>Denominación</b>	<b>Presentación</b>
56279	LECHE PREMATUROS I	LATA X 400 G
56280	LECHE PREMATUROS II	LATA X 400 G
<b>Código</b>	<b>Denominación</b>	<b>Presentación</b>
56281	LECHES OTROS TIPOS	LATA X 400 G
56282	LECHES OTROS TIPOS	LATA X 800 G



**Instituto de Seguridad Social del Neuquén**  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel.: 0299 | 4496300 (Líneas rotativas)  
● ● /issneuquen/  
www.issn.gov.ar

\*Búsqueda manual de medicamentos:

**Autorización y Consumo Simultáneo** Id 100-0

**Beneficiario**

Confirmar Cerrar (0)

Organización: ORGANIZACIÓN UNICA

Fecha de Solicitud: 11/07/2023

Beneficiario: [Redacted] ISLA [Redacted] LIN

Plan: PLAN ISSN Cobertura: COBERTURA GENERAL Mutual: (Seleccionar)

**Prescriptor**

Matricula: H001 Emitida por: SUBSECRETARIA SALUD PCIA. NQN Especialidad: MEDICO

Nombre y Apellido: HOSPITALES, NEUQUEN Fecha de Prescripción: 11/07/2023

Autorizado: 0,00 Total: 0,00 A Cargo Afiliado: 0,00 Coseguro Mutual: 0,00

**Ingreso de Prestaciones**

Medicamento	Cobertura	Cantidad	Beneficio de Excepción
[Input: 0]	0,00	1,00	[Input: 0]

Medicamento	Descripción de Medicamento	Cobertura	N° Expediente	Cant	Precio	Coseguro \$	Coseg. Mutual \$	ADM	MED
-------------	----------------------------	-----------	---------------	------	--------	-------------	------------------	-----	-----

Confirmar Cerrar

**BORZI** Firmado digitalmente por BORZI  
**Andre** Andrea Vivian  
**a** Fecha: 2023.07.26  
**Vivian** 11:04:30 -03'00'

Estimados,

A través del presente se informa que se realiza la actualización de los nuevos importes para las **leches de inicio y continuación**.

La vigencia de los mismos será a **partir del día 06 de Febrero 2024**.

Código	Denominación - Presentación	Precio a partir del <b>06/02/2024</b>
56275	LECHE DE INICIO LATA X 400 G \$	10.009,79
56276	LECHE DE INICIO LATA X 800 G \$	17.396,56
56277	LECHE DE CONTINUACIÓN LATA X 400 G \$	9.076,01
56278	LECHE DE CONTINUACIÓN LATA X 800 G \$	16.539,88

Atentamente,





Instituto de Seguridad Social del Neuquén  
Buenos Aires 353 | Neuquén Capital (8300)  
Tel.: 0299 | 4496300 (Líneas rotativas)  
● ● /issneuquen/  
www.issn.gov.ar

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, con el motivo de informar la actualización de valores del convenio pañales ENERO-FEBRERO 2024

### **ACTUALIZACIÓN DE VALORS DE PAÑALES ENERO –FEBRERO 2024**

COD. INTERNO	Descripción	ENERO-FEBRERO 2024
NUEVO TAMAÑO(56830)	Comodin ANATOMICO crecto classico XXG x 20- COD. DE BARRA 7791229153150	9596,64
51883	Comodin ANATOMICO Ultra XG x 16- COD. DE BARRA 7791229003080	10410,50
	Comodin ANATOMICO Ultra G x 16	9724,64
53978	COMODIN PAÑAL ANATOMICO JUVENIL TALLE M X 8 un COD.7791229000447 (35 A 47KG)	4616,27
55371	COMODIN PAÑAL ANATOMICO JUVENIL TALLE CH X 10 un COD 779122915217 (23 A 35KG)	5392,10
	Comodin Clasico recto XG x 20	8343,82
51882	Plenitud classic G x 16 COD. DE BARRA 7794626011122	15884,15
51881	Plenitud Cassic M x 16 COD. DE BARRA 7794626011115	15884,15
54557	Plenitud Protect G x 16 COD. 7794626011184	18091,02
54558	Plenitud Protect M x 16 COD. 7794626011153	18091,02
54559	Plenitud Protect XG x 16 COD. 7794626011191	18091,02
51886	Plenitud ropa Int Act G/XG X 8 COD. 7794626011788	14421,34
51886	Plenitud ropa int Act P/M x 8 COD. 7794626011603	14421,34
51887	Goodnites L/XL x 11	17761,04
51884	Goodnites p/M x 14	17761,04
53328	PAÑAL HUGGIES SUPREME XXGDE X 50 DOD. 7794926012358	15296,63
55370	HUGGIES PAÑAL SUPREME CARE TALLE XXXG 48 UN NUEVO	15296,63