

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL NEUQUEN		
1. AMBITO DE APLICACIÓN:		
• Provincia de Neuquén		Última revisión: JUNIO/24
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:
Ambulatorio		
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		
I-Recetario Convencional:	Convencional con membrete impreso o sello identificatorio en caso de Centros de Atención, Instituciones, Emergencias, Sanatorios u Hospitales. .	
	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.	
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)	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. Requiere DIAGNOSTICO	
	Cantidades de los medicamentos en números y letras	
	Indicación de tratamiento prolongado en caso que se requiera.	
III-Validez	30 (treinta) días corridos a partir de la fecha de prescripción, incluyendo la misma.	
a) para la venta:		
b) para la presentación:	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.	
c) Para la refacturación:	30 (treinta) días corridos a partir de haber recibido la liquidación.	
IV- Cantidad máxima de Medicamentos	Hasta 2 (dos) medicamentos distintos por receta.	
V-Contenidos máximos de cada medicamento según su tamaño:	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.	
VI-Psicofármacos: No se aceptan fotocopias de recetas	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:		
Deberá presentar:	Credencial de afiliación en vigencia	
	Credencial Provisoria acompañada del DNI del afiliado	
Enrolamiento en planes:	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:		
La farmacia deberá cumplimentar lo siguiente:	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 prescritos.	
	Alimentos y /o suplementos dietarios que no tuviera troquel, colocar la sigla S/T.	
	Adjuntar a la receta comprobante de validación de Observer conteniendo:	
	• Fecha de dispensación • Detalle de los medicamentos entregados • Cantidades entregadas de cada medicamento prescripto	

	• Importes unitarios, totales y porcentaje a cargo de la entidad • Firma, aclaración de firma y número de documento de identidad (el cual deberá ser exhibido) de la persona que retira la receta. • Sello de la farmacia y firma del farmacéutico director técnico al dorso de la receta
6. ENMIENDAS:	
Recordar:	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. Las correcciones y enmiendas en la dispensa de la receta deberán estar salvadas por el profesional farmacéutico con su sello y firma.
	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.
7. VALIDACIÓN :	
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.	
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.	
Cada validación será única para cada receta, con un máximo de dos monodrogas diferentes, y hasta 2 productos por renglón	
<u>Validación on line:</u> por OBSERVER . <u>Cierre:</u> POR SIA (candado)	
En el caso en que el afiliado presente un carnet provisorio, debe realizarse la validación comunicándose con el 0810 222 1098. HORARIOS DE ATENCIÓN: lunes a viernes de 8 a 21 hs, y sábados de 8 a 13 hs.	
8. AUTORIZACIONES:	
Importante:	La farmacia solo podrá dispensar medicamentos autorizados, cargados en el sistema de validación.
9. INCLUSIONES Y EXCLUSIONES A LA COBERTURA BRINDADA POR LA ENTIDAD:	
INCLUSIONES:	EXCLUSIONES:
• 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.	• 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.
	• Serán excluidos medicamentos hospitalarios, de venta libre, homeopáticos, perfumería, preparados magistrales, hierbas.
10. MOTIVOS DE DÉBITO	
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	
VALIDACIONES ERRÓNEAS	
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.	

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 auditoría 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 auditoría 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 auditoría 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 auditoría 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 auditoría 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 auditoría 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 auditoría 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	
	LONCOPUE	
	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	