

(01/09/2022)

EN PANDEMIA

Se acepta Simil receta (impresa desde algún medio electrónico). Mas especificaciones en apartado “RECETARIO-PRESCRIPCIÓN – TROQUEL”.

INTRODUCCIÓN

- I.-) CONFIDENCIALIDAD: Las partes dejan perfectamente aclarado que la información estadística emergente del presente convenio es propiedad exclusiva del ISS-SEMPRE, siendo su uso confidencial y secreto. En consecuencia EL COLEGIO y/o los farmacéuticos y/o el propietario de la farmacia adheridos al sistema, según correspondan, responderán por la utilización no autorizada de la información propiedad del ISS-SEMPRE. A su vez éste arbitrará los medios para que no se vulnere el secreto profesional del Farmacéutico.
- II.-) La farmacia debe informar a los afiliados de las opciones de cobertura ISS-SEMPRE de cada medicamento del Formulario Terapéutico SEMPRE 2015 y el Anexo de Alternativas.

PLANES Y DESCUENTOS

Las coberturas definidas por SEMPRE se agrupan en los siguientes planes:

- A) PLAN “A”: Incluye pacientes ambulatorios, eventuales (comunes) y crónicos.
- B) PLAN “B”: Incluye todos los planes especiales.
- C) PLAN “C”: Es un plan de excepción que SEMPRE AUTORIZARÁ A SU CRITERIO.

A continuación se desarrolla cada uno:

PLAN “A”:

PLAN “A”	a/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form . Ter. (1)	Con Manua l Fco.
Ambulatorios comunes (Medicamentos de uso eventual) (3-4)	MF(2 )	D(2)	SI (1)	NO
Ambulatorios Crónicos  Medicamentos para pacientes c/enfermedades crónicas (4) Ver Anexo Q	MF(2 )	D(2)	SI (1)	NO

- (1) Formulario terapéutico del ISS – SEMPRE 2020 con su correspondiente Anexo de Alternativas Terapéuticas (Medicamentos de Excepción).
- (2) PVP= Precio de Venta al Público  
MF= Monto Fijo indicado en el vademécum  
D= PVP- MF
- (3) En el caso de que el medicamento –del formulario terapéutico o anexo- tenga indicada la sigla “PE”, corresponde a planes especiales y el medicamento tiene 100% de cobertura a cargo del SEMPRE en dichos planes (Ver PLAN “B”).

- (4) BONIFICACIÓN en el PLAN “A”: Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del siete por ciento (7%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE.

PLAN “B”:

El presente plan configura un régimen especial de coberturas. Contempla la dispensa de los medicamentos con cobertura cien por ciento (100%) a cargo del ISS-SEMPRE sin pago adicional de parte del afiliado, excepto los casos en que se especifique lo contrario.

PLAN “B-1”:

Incluye: Patologías Oncológicas y Oncohematológicas (Códigos CIE 10 correlativos desde el C 00 hasta el C 97 y desde D 37 hasta D 48) con o sin transplante (Z 94.8).

PLAN “B-1”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-1.1” Citostáticos, Antineoplásicos e Inmunosupresores, Antieméticos, Factores de Crecimiento, Hematopoyético, incluidos en el Anexo J. (1y3) C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI  (1)	NO
PLAN “B-1.2” Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos (4) C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	NO	SI
PLAN “B-1.3” Materiales descartables y fórmulas magistrales (2y5) C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO

- (1) Ver Anexo J del SEMPRE.
- (2) Anexo L del SEMPRE.
- (3) El SEMPRE abonará el valor a su cargo indicado en el Anexo J.
- (4) BONIFICACIÓN: sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (5) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN “B-2”:

Incluye: Diabetes Mellitus (Códigos: E 10 – E 11 y hasta E 14)

PLAN “B-2”	A/c Obra Socia l	a/c Benefi- ciario	Con Form . Ter.	Con Manua l Fco.
PLAN “B-2.1”: C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO

(01/09/2022)

Insulinas y sus análogos; liraglutida, dulaglutida, glucagón y tiras reactivas incluidas en el Formulario Terapéutico ISS SEMPRE 2020. (2)				
PLAN "B-2.2": C/AUTORIZACIÓN  ❖ Hipoglucemiantes Orales y antihiper glucemiantes: metformina, glibenclamida, glipizida, gliclazida, glimepirida y las combinaciones orales metformina + glibenclamida y metformina+glimepirida, incluidos en el Formulario Terapéutico ISS SEMPRE 2020. (3)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-2.3": C/AUTORIZACIÓN  ❖ Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico o G. Kairos (3)	100%	0%	NO	SI
PLAN "B-2.4" C/AUTORIZACIÓN Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L (5)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-2.5": C/AUTORIZACIÓN  ❖ Inhibidores DPP-4: sitagliptina, vildagliptina y linagliptina y las combinaciones orales metformina+sitagliptina, metformina+vildagliptina, metformina+linagliptina y otros hipoglucemiantes: repaglinida, incluidos en el Formulario Terapéutico del ISS- SEMPRE 2020. (4)	MF(1)	D(1)	SI	NO

- (1) PVP= Precio de Venta al Público.  
MF= Monto Fijo indicado en el vademécum  
D= PVP- MF
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-2.1": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del quince por ciento (15%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-2.2" y "B-2.3": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

- (4) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-2.5": Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (5) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-3":

Incluye: Insuficiencia Renal Crónica, (Código N 17 y hasta N 19) con o sin hemodiálisis (Z 99.2) y con o sin trasplante (Z 94.0)

PLAN B-3	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-3.1" Imunosupresores y Factores de Crecimiento Hematopoyético incluidos en el Anexo J C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-3.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN (2)	100%	0%	NO	SI
PLAN "B-3.3" Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L C/AUTORIZACIÓN (3)	100%	0%	SI	NO

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-3.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-4:

Incluye: H.I.V positivos y enfermos de SIDA (Códigos B 20 y hasta el B 24)

PLAN B-4	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-4.1" Antivirales de acción sistémica, Antiretrovirales e Inhibidores de proteasas, incluidos en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-4.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	NO	SI

(01/09/2022)

(2)				
PLAN "B-4.3" Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO
(3)				

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-4.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Publico (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-5":

Incluye: Hemofilia A y B (Códigos D 66 y D 67)

PLAN "B-5"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-5.1" Factores de la Coagulación: Factores VII, VIII y IX incluidos en el Anexo J C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO
(1)				
PLAN "B-5.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	NO	SI
(2)				

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-5.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Publico (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

PLAN "B-6":

Incluye: Esclerosis Múltiple. (Código G 35)

PLAN "B-6"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-6.1" Beta Interferón recombinante y Copolimero I incluido en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO
(1)				
PLAN "B-6.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	NO	SI
(2)				

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-6.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Publico (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

PLAN "B-7":

Incluye: Hepatitis Crónica Activa. (Códigos B 18)

PLAN "B-7"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-7.1" Interferón Alfa 2a y 2b, Peginterferón Alfa 2a y 2b, Ribavirina y Lamivudina incluidos en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO
(1)				

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.

PLAN "B-8":

Incluye: Afiliados con trasplante cardiaco (Z 94.1), pulmonar (Z 94.2); cardiopulmonar (Z 94.3), hepático (Z 94.4) y corneano (Z 94.7).

PLAN B-8	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-8.1" Inmunosupresores incluidos en el Anexo J. C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO
(1)				
PLAN "B-8.2" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	NO	SI
(2)				
PLAN "B-8.3" Materiales descartables y fórmulas magistrales incluidos en el ANEXO L C/AUTORIZACIÓN	100%	0%	SI	NO
(3)				

- (1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-8.2": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Publico (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN "B-9":

Incluye: Afiliados Ostomizados (Códigos Z 93)

(01/09/2022)

PLAN "B-9"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-9.1" Bolsas de ileostomía, urostomía y colostomía y elementos para el cuidado y recambio de las mismas, establecidos en el Anexo L  C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO

(1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo L.

**PLAN "B-10":**  
Incluye: Afiliados que soliciten mayor cobertura:

PLAN "B-10"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-10" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos  C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	NO	SI

(1) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-10": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Publico (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

**PLAN "B-11":**  
Incluye: Medicamentos utilizados para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes.

PLAN "B-11"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-11" Corresponden a todas las especialidades incluidas en el ANEXO J.  C/AUTORIZACIÓN (1)	100%	0%	SI	NO

(1) El SEMPRE abonará el valor a cargo indicado en el anexo J.

**PLAN "B-12":**  
Incluye: Productos dietéticos y leches:

PLAN "B-12"	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-12" Leches medicamentosas, complementos y suplementos nutricionales publicados en los manuales de precios destinados a niños y adultos con	100%	0%	NO	SI

condiciones patológicas. C/AUTORIZACIÓN (1)				
---	--	--	--	--

(1) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-12": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Publico (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

**PLAN "B-13":**  
Incluye: Plan Materno Infantil

PLAN B-13 (1)	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN "B-13.1"  Medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico. Solo llevan autorización los medicamentos incluidos en el punto 5 del Anexo "C" (1-2-3)	100%	0%	SI	NO
PLAN "B-13.2" <u>Leches enteras Sin</u> aplicación a partir 1/1/2016				
PLAN "B-13.3" Todo medicamento publicado en Manual Farmacéutico. O G. Kairos  C/AUTORIZACIÓN (1-2)	100%	0%	NO	SI

(1) Cubre embarazo, parto, 30 días post parto y hasta el año de vida del bebé.

Para verificar si la afiliada tiene activo el trámite por Plan materno, o si el bebé tiene menos de 1 año se verá ingresar a la página: <https://www.isslapampa.gov.ar/> y al cuadro "Obra Social".

Una vez allí se ingresa a la solapa "Aplicaciones" y a continuación "Consulta Planes Especiales" y "planes por afiliado":



Luego se ingresa con el CUIT de la afiliada (incluyendo los guiones), y abre un cuadro donde podrá visualizar los Planes activos que tiene la afiliada, entre los cuales figurará Plan MA, MB o MC (o RN si se trata del bebé), y un número de chequera, el que deberá transcribir a la receta en el campo del Plan.

(2) BONIFICACIÓN en el PLAN "B-13.3": Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Publico (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del diez por ciento (10%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.  
BONIFICACIÓN en el PLAN "B-13.1": Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta)

(01/09/2022)

las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del siete por ciento (7%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.

- (3) En el caso de que el medicamento –del formulario terapéutico o anexo- tenga indicada la sigla “PE”, corresponde a planes especiales y el medicamento tiene 100% de cobertura a cargo del SEMPRE en dichos planes (Ver otros PLANES “B”).

Las afiliadas que ingresen al Plan Materno Infantil (PMI) y que recibían prestaciones de Patologías Crónicas con anterioridad a su ingreso, recibirán prestaciones al cien por ciento (100%) por PLAN B13.

PLAN “B-14”:

Incluye: Campaña de vacunación antigripal anual: la/s vacuna/s antigripal/es incluida/s en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2020 así como las especialidades medicinales no incluidas, cuya aparición se deba a razones epidemiológicas al momento establecido por la norma de vacunación.

PLAN “B-15”:

Incluye: Sustancias de contraste radiológico:

PLAN “B-15”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-15” Medicamentos Incluidos en el Anexo D. (2-3)	MF (1)	D (1)	SI	NO

- (1) PVP= Precio de Venta al Público  
MF= Monto Fijo indicado en el vademécum  
D= PVP- MF
- (2) BONIFICACIÓN en el PLAN “B-15” Sobre el importe total de la prestación a valor de PVP (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del siete por ciento (7%). La misma se realizará en la carátula sobre el importe a pagar a cargo del ISS-SEMPRE para este plan.
- (3) Solo llevan Auditoria Previa (AP) y autorización los medicamentos incluidos en el punto 5 del Anexo C.

PLAN “B-16”:

Incluye: Materiales Descartables y Fórmulas Magistrales para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes:

PLAN “B-16”	A/c Obra Social	a/c Benefi- ciario	Con Form. Ter.	Con Manu al Fco.
PLAN “B-16”  Materiales Descartables y Fórmulas Magistrales para cualquier problema de salud no previsto en los planes precedentes: C/AUTORIZACION (1)	100%	0%	SI	NO

- (1) El SEMPRE pagará una suma establecida en el Anexo L.

PLAN “C”:

Este plan es para Medicamentos NO INCLUIDOS en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2020 y NO DESTINADOS a las situaciones descriptas en los planes A y B de la presente cláusula y por ende de USO EXCEPCIONAL que resulten AUTORIZADOS por la obra social.

El ISS-SEMPRE definirá el PORCENTAJE de cobertura a su cargo, que se aplicará sobre el Precio de Venta al Público al momento de la dispensa, abonando el afiliado la diferencia entre el PVP y el porcentaje cubierto. Sobre el importe total de la prestación a valores de Precio de Venta al Público (100% de la receta) las farmacias realizarán una bonificación a favor del ISS-SEMPRE del siete por ciento (7%), la que se efectuará en la carátula sobre el importe a cargo del ISS-SEMPRE a pagar por este plan.

AUTORIZACIONES

Las autorizaciones del SEMPRE de los medicamentos que requieren autorización previa, constarán, según cada caso, en la receta, y/o en la Autorización ad-hoc (son documentos que se adjuntarán a la receta, y que poseen fecha de vencimiento) que emita el SEMPRE.

LISTADO DE PROFESIONALES AUTORIZANTES

MATRIC	NOMBRE
127	AGUERO DANTE OMAR
1682	BRUNO JORGE PABLO
1477	CONTARD MARIA CECILIA
2342	DE LA MATA LUIS MARIA
846	EIZAGUIRRE SEBASTIAN
1575	FERNANDEZ GRACIELA
1819	GONZALEZ ANA MARIA
2603	GONZALEZ NAYA GUILLERMO
1716	LLULL MARCOS
455	MANSILLA MARIA CECILIA
1142	MORADAS JAVIER
1750	NICOLETTI MARIA MARTA
1720	OSTERTAG SERGIO ANIBAL
1822	PIOMBI CAROLINA ANDREA
1614	RODRIGUEZ JUAN CARLOS
6	SOULAGES GUADALUPE
4	TOULOUPAS CONSTANTINO
5	TRUSKALO MARIA DEL ROSARIO
1845	URQUIZA MARSERO Carina Noemí
1367	VIANNELLO ESTEBAN ARIEL

(\*) Estos profesionales podrán realizar prescripciones UNICAMENTE cuando se encuentren de guardia en Unidades de Terapia Intensiva.

CASOS ESPECIALES – CONVENIOS DE RECIPROCIDAD

LAS RECETAS DE LOS *CONVENIOS DE RECIPROCIDAD CON OBRAS SOCIALES DE OTRAS PROVINCIAS*, DEBEN LEVAR SELLO INDICANDO LA OBRA SOCIAL DE ORIGEN Y ESTAR AUTORIZADAS POR SEMPRE.

RECETARIO – PRESCRIPCIÓN - TROQUEL

PRESCRIP- CIÓN	DIAG NOST	RECETA	VALI -	TRO- QUEL	FIRMA Y ACLARAC.
-------------------	--------------	--------	-----------	--------------	---------------------

(01/09/2022)

Por nombre	ICO		DEZ REC.		DEL MEDICO
GENÉRICO únicamente	SI	OFICIAL o no oficial	30 días	SI	Sello: SI Manuscrito: NO
(NO acepta sugerencia de marca)		(A-B)			

- (A) **RECETAS:** La recetas deben estar completas en todos sus casilleros. Pueden estar pre impresas; la firma del médico sí debe ser manuscrita.
- (B) En caso de recetarios NO OFICIALES (ya sea de otra provincia), pueden aceptarse y en tal caso la farmacia solicitará el SEMPRE, un número de recetario y serie para poder facturar y grabarla en Observer.

TERMINOLOGIA INCLUIDA EN EL PLAN MATERNO-INFANTIL:

PMI	MA	Plan Materno Infantil A
	MB	Plan Materno Infantil B
	MC	Plan Materno Infantil C
	MD	Plan Materno Infantil D

TROQUELES

En el caso de medicamentos, formulas lácteas y/o alimentos que no cuenten con troquel, será obligatorio pegar el código de barras respectivo. En caso de que el código de barras este impreso en el envase (latas) no se podrá dispensar, excepto que cuente con previa autorización de SEMPRE.

MEDICAMENTOS POR RECETAS

MEDICAMENTOS POR RECETA (Rp x Rec.)	2 (a-b)
--	---------

- a) NO se cuentan repetidos.

UNIDADES POR MEDICAMENTO Y TAMAÑO

- a) Se dispensará la cantidad que surja del cálculo realizado con la DOSIS UNIDAD, DOSIS DIARIAS Y DIAS DE TRATAMIENTO PARA HASTA 30 DIAS

DE TRATAMIENTO. (Ver excepciones en más o en menos en los ANEXOS B y C).

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS

VER EL ITEMS PLANES Y DESCUENTOS

PRODUCTOS RECONOCIDOS

VER EL ITEMS PLANES Y DESCUENTOS

ENMIENDAS

- a) Todas las enmiendas que se hagan en el sector de la receta destinado a la farmacia, deberán ser salvadas y el afiliado deberá firmar y aclarar su firma, avalando dicha salvedad.
- b) Toda enmienda hecha en la prescripción deberá ser salvada por el médico tratante bajo leyenda: "Digo .....(lo enmendado)" firmando y sellando el médico nuevamente lo salvado.
- Por ninguna razón se aceptará, con cargos a las entidades, recetas con enmiendas, raspaduras o agregados con distinta lapicera, sino están salvados expresamente por el profesional prescribiente.

ACREDITACION DE AFILIACIÓN GENERAL Y DE PACIENTES CRÓNICOS O DE PLANES ESPECIALES

**ACREDITACION DE LA AFILIACIÓN BASICA:** Se acredita con CARNET de la obra social y documento de identidad.

**TERCERO INTERVINIENTE** Si el afiliado no pudiera concurrir a la farmacia podrá encomendar esta tarea a terceras personas responsables de recibir la dispensa, en cuyo caso el farmacéutico queda obligado a indicar en el frente de la receta los datos del afiliado y hacer constar nombre y apellido, documento de identidad y firma en el dorso de la receta de quién recibe el medicamento.

PLAZO PARA PRESENTAR LAS RECETAS

Cada farmacia presentará, con frecuencia mensual, las recetas que comprendan las dispensaciones desde el primer hasta el último día del mes.

Las farmacias tendrán un plazo máximo para presentar recetas remanentes con cualquiera de las dos presentaciones siguientes a la que hubiere correspondido según la fecha de dispensación.

ANEXO B

MODELO DE RECETA Y SU INSTRUCTIVO

Se describen a continuación las NORMAS GENERALES para la prescripción y dispensación de la RECETA DE MEDICAMENTOS DE SEMPRE que deberán cumplir los PRESTADORES PRESCRIPTORES Y DISPENSADORES.

A) PRESCRIPTORES MÉDICOS:

- “FECHA DE PRESCRIPCIÓN”: debe consignar el día, mes y año en que realiza la prescripción, a partir de dicha fecha la validez de la receta es de hasta 30 días corridos para su dispensa
- “DIFERIDA”: este campo posibilita al profesional indicar con una cruz, que la fecha de prescripción establecida fue prevista con antelación. Este campo nunca debe ser llenado cuando la fecha de prescripción coincida con la consulta (se encuentra en el campo datos del prescriptor).
- “(1) DIAGNÓSTICO O PROBLEMA DE SALUD 1”: es el diagnóstico que presenta el paciente; ó el problema de salud (signo y/o síntoma) que motiva la prescripción.

(01/09/2022)

Quando la indicación de los medicamentos sea para el mismo diagnóstico o problema de salud, se debe REPETIR, en CADA R/P de la receta. Será el modo de completar este campo, pudiendo precisar el motivo de la prescripción, como sigue:

- a) consignando el código de diagnóstico o problema de salud, según la Clasificación ISS-SEMPRE entregada a los profesionales (basada en la CIE X y con códigos complementarios por CIE-IX / CISAP); o
- b) de modo literal con letra clara.

- “(2) MEDICAMENTO (Nombre genérico)”: se debe consignar el mismo, por su NOMBRE GENERICO (o DENOMINACION COMUN INTERNACIONAL) de modo OBLIGATORIO.

No se aceptan nombre comercial o sugerencia de marca

- “(3) FORMA FARMACÉUTICA”: se debe consignar del siguiente modo: Amp (ampollas), Comp. (comprimidos), Ov. (óvulos), Tab. (tabletas), Jbe. (jarabe), Sol. (solución), Cma. (crema), Pda. (pomada), Gel, entre otros posibles.
- “(4) DOSIS/UNIDAD”: es la cantidad de principio activo que tiene cada unidad de toma, o la CONCENTRACIÓN DEL PRINCIPIO ACTIVO en la especialidad (miligramos (mg) x comprimido, mg x mililitro, mg x supositorio, mg x cada 5 mililitros, Unidades Internacionales (UI) x ampolla, UI x mililitro, entre otras posibilidades).
- “(5) DOSIS DIARIA”: es la cantidad de unidades POR DIA que debe recibir o administrarse EL PACIENTE (ejemplo: 1 o 2 o 3 comp.) o dosis total por toma (ejemplo: 1000 mg). Resulta indistinto el modo de expresarlo, aunque es preferible definiendo en números absolutos la cantidad de unidades, para mejor comprensión del paciente.
- “(6) DURACIÓN DEL TRATAMIENTO en días”: es el período EN DIAS que el paciente debe cumplir el tratamiento según la pauta establecida en (4) y (5). Se debe expresar en valores absolutos (ejemplo: 10 o 15 o 30 DIAS).

La DURACION DE TRATAMIENTO SERA DE HASTA 30 DIAS EN TODOS LOS CASOS con excepción de antibióticos y analgésicos para uso agudo. (Ver ANEXO C, Punto 4 -NORMAS DE DISPENSACION PARTICULARES-)

EL INTERVALO EN DIAS MENOR A TREINTA PUEDE SER CUALQUIERA. Por ejemplo: en DOSIS UNICAS marcará 1 DIA: en TRATAMIENTOS SINTOMATICOS como ejemplo FIEBRE marcará 2 o 3 DIAS. El profesional prescriptor de este modo SEGÚN EL PROBLEMA DE SALUD consignado, puede establecer cualquier duración menor a dicho tope (de hecho ésta será la

situación más frecuente, por ejemplo, 5, 7, 10 14 y 21 días, para los problemas de salud agudos con tratamiento sintomático y/o curativo).

Quando el intervalo de administración sea SEMANAL o MENSUAL se consignara en el casillero “dosis diaria” la letra S o M.

- “(7) DATOS DEL PRESCRIPTOR”: el profesional debe firmar y colocar su sello y aclarar el número de matrícula

B) PRESCRIPTORES ODONTOLOGOS:

Las mismas instrucciones descriptas para los prescriptores médicos.

C) FARMACEUTICOS DISPENSADORES:

- Se enuncian los campos a verificar:
  - ✓ “Fecha de Emisión”,
  - ✓ “Fecha de prescripción”
  - ✓ “Diferida”
  - ✓ “(1) Diagnóstico o Problema de salud
  - ✓ “(2) Medicamento”
  - ✓ “(3) Forma Farmacéutica”
  - ✓ “(4) Dosis/Unidad”
  - ✓ “(5) Cantidad de unidades o dosis/toma o administración”
  - ✓ “(6) Duración del tratamiento”
  - ✓ “(7) Datos del Prescriptor”
  - ✓ “(8) Nombre y apellido del afiliado (si procede)”
  - ✓ “(9) Número de afiliado (si procede)”
  - ✓ “(10) Edad del afiliado (si procede)”
  - ✓ “(11) Sexo del afiliado (si procede)”

Dispensa de Medicamentos: el farmacéutico dispensará LA CANTIDAD DE ENVASES resultante de la CANTIDAD DE UNIDADES necesaria para cubrir de modo exacto o en más LA DURACION DEL TRATAMIENTO establecida en la PRESCRIPCION, excepto que el beneficiario opte por una opción menor.

*NOTA: En este último caso se deben completar los casilleros correspondientes a “MEDICAMENTOS NO DISPENSADOS POR EL FARMACÉUTICO”, obrante en el dorso de la receta. Debiendo colocar el código correspondiente que se encuentra en el mismo sitio (Ej.: 103). Ver cuadro de códigos “Motivos de la no dispensación”.*

EJEMPLOS INDICATIVOS sobre cantidad a entregar:

- a) será considerada adecuada una dispensa de una cantidad de unidades suficiente para cuarenta (40) días si no hubiera tamaños únicos o combinados para cubrir un mes;
- b) Se aceptaran en amoxicilina presentaciones o combinaciones de envases que alcancen veinte (20), veintiuno (21) o veinticuatro (24) unidades para cubrir una semana de tratamiento (7 días) a tres (3)

(01/09/2022)

- dosis diarias; y sólo se aceptarán las opciones únicas o combinadas de quince (15) o dieciséis (16) unidades para tratamientos de cinco (5) días con tres (3) dosis diarias.
- c) EL ISS-SEMPRE considerará debidamente cumplida la dispensa de una DURACION DE TRATAMIENTO prescripta para treinta (30) días con una CANTIDAD DE UNIDADES para veintiocho (28) días, con la correspondiente conformidad del afiliado.

Si el medicamento requiere auditoria previa y autorización, deberá estar consignada en el dorso de la receta o en una autorización adicional emitida por el ISS-SEMPRE, o se podrá consultar a través del link: <https://sempreaplic.isslapampa.gov.ar/ConsuFciaOL/consultamedicamento.aspx> donde constará la forma farmacéutica, concentración, presentación y cantidad de envases a dispensar por lo que el farmacéutico dispensará según lo autorizado y sin sobrepasar la cantidad prescripta por el médico.

Para los medicamentos destinados a Patologías Crónicas incluidos en el Anexo Q el farmacéutico dispensará según la forma farmacéutica, concentración, dosis diaria y duración de tratamiento prescripta y según las normas de dispensa incluidas en el Anexo C. Si el medicamento además requiere Auditoria Previa (AP) y autorización, deberá constar una autorización adicional emitida por el ISS-SEMPRE.

Para los medicamentos destinados a afiliados con Diabetes (Plan B2) dispensará según la forma farmacéutica, concentración, dosis diaria y duración de tratamiento prescripta y según las normas de dispensa incluidas en el Anexo C. Si el medicamento además requiere Auditoria Previa (AP) y autorización, deberá constar una autorización adicional emitida por el ISS-SEMPRE.

Las recetas con la leyenda “ODONTOLOGO” en el casillero de la receta “PLAN”, sólo podrán ser prescriptas por ODONTOLOGOS. Estas recetas se facturan según corresponda en el PLAN A, en el PLAN C, en el PLAN B y cumplen con los mismos requisitos de auditoria previa y normas de dispensa establecidas en el presente, para los medicamentos pertinentes a su incumbencia.

Las recetas que en el casillero “PLAN” llevan la leyenda “RADIOLOGO” o “PLAN B15” definen la dispensa de medicamentos del PLAN B15.

PRECIO: Frente a casos donde el Farmacéutico para satisfacer la cantidad prescripta deba dispensar una combinación de envases medicinales y habiendo varias alternativas, no disponga de todas ellas, podrá dispensar con acuerdo del afiliado cualquier combinación independientemente del precio de las mismas.

- La receta deberá conformarla según las siguientes instrucciones:  
En la Facturación: se consignarán los siguientes datos:

- ☐ a. "Firma y datos del afiliado o tercero interviniente": la firma correspondiente al afiliado o tercero interviniente significa la conformidad a la dispensa realizada; los datos obrantes al frente de la receta (domicilio y teléfono (si procede).
- ☐ b. "Fecha de dispensación"
- ☐ e. "Nº de Orden" de la receta en la totalidad de recetas facturadas
- ☐ f. "Cantidad de envases" (se encuentran dos casilleros para cada Rp por si se combinan distintas presentaciones)
- ☐ g. "Total Precio público" (cantidad de envases por precio unitario)
- ☐ h. "Total a cargo del ISS-SEMPRE" (cantidad de envases por monto unitario cubierto por el ISS-SEMPRE)
- ☐ i. "Total receta a PVP"
- ☐ j. "Total receta a cargo afiliado"
- ☐ k. "Total receta a cargo ISS-SEMPRE"
- ☐ l. "Sello y firma del farmacéutico"
- ☐ ll. "Matricula"
- ☐ m. "Colocación de troqueles"
- ☐ n. "Medicamentos no dispensado: código, cantidad no dispensada., descripción, firma afiliado o tercero interviniente" (ver Nota [x])
- ☐ o. "Fecha de entrega de la receta" (si procede, para situaciones donde se deja la receta y se dispensa a posteriori)
- ☐ p. "Recepción del medicamento".

Nota [x]: Esto se completa si se dan los siguientes motivos, utilizando los códigos correspondientes:

MOTIVOS DE LA NO DISPENSACION	
Código	Concepto
100	Observación de la prescripción
101	No existe en el mercado
102	No hay en stock
103	Negativa del afiliado
104	NO completa rubros 1-2-3-4-5-6
105	Otros (completar descripción)

ANEXO C

NORMAS TECNICO-ADMINISTRATIVAS A CUMPLIR EN LA DISPENSACIÓN

1. NORMAS GENERALES

- 1.1 La prescripción-dispensación deberá constar en el modelo de receta obrante en el Anexo B, y según el instructivo obrante en el mismo.



(01/09/2022)

- 1.2 La receta deberá ser dispensada dentro de los 30 días siguientes a la fecha de prescripción, pasado ese lapso, no será reconocida por el ISS-SEMPRE. Si el medicamento tiene auditoria previa la fecha de dispensa podrá ser dispensada dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de autorización.
- 1.3 En todos los casos la receta deberá estar firmada en conformidad por el beneficiario o tercero interviniente. Los menores de edad prestarán su conformidad a partir de los 16 años.
- 1.4 En todos los casos el farmacéutico deberá guardar el original de la receta a efectos de la facturación.
- 1.5 La dispensación de PLANES ESPECIALES podrá realizarse hasta dentro de setenta y dos (72) horas hábiles de recepcionada la receta, salvo que a requerimiento del afiliado acuerden un plazo distinto.
- 1.6 Los campos destinados al prescriptor sólo podrán ser salvados por éste con firma y sello en la corrección. Únicamente cuando el error sea la diferencia a cargo del beneficiario, deberá estar avalado con una nueva firma del afiliado o tercero interviniente en dicha receta.

2. ESPECIFICACIONES A VOLCAR EN LA RECETA

Por el Prescriptor:

- 1. Fecha de prescripción
- 2. Diferida
- 3. Diagnóstico o Problema de Salud para cada Rp
- 4. Medicamento
- 5. Forma farmacéutica
- 6. Concentración
- 7. Dosis Diaria
- 8. Duración tratamiento en días
- 9. Matrícula del médico
- 10. Especialidad
- 11. Firma del médico
- 12. Sello del médico
- 13. Nombre y apellido del afiliado (si procede)
- 14. Número de afiliado (si procede)
- 15. Edad del afiliado (si procede)
- 16. Sexo del afiliado (si procede)

Por el beneficiario o tercero interviniente:

Datos

- 17. Firma afiliado o tercero interviniente y Aclaración de firma
- 18. Tipo y número de documento
- 19. Teléfono
- 20. Domicilio

Por el farmacéutico:

Frente de la receta

- 21. Número de orden
- 22. Código de Farmacia
- 23. Cantidad dispensada
- 24. Total precio venta público
- 25. Total a cargo ISS-SEMPRE
- 26. Total receta a PVP
- 27. Total receta a cargo de ISS-SEMPRE
- 28. Total receta a cargo del afiliado
- 29. Firma del farmacéutico
- 30. Matrícula

31. Sello de la Farmacia

Dorso de la receta:

Por el Farmacéutico (si procede):

- 32. Medicamento no dispensado (código, cantidad, conformidad del afiliado o tercero interviniente)
- 33. Conformidad por la no dispensa del medicamento.

Conformidad:

Para el afiliado o tercero interviniente:

- 34. Entrega de la receta (sólo cuando la dispensa del medicamento no se realice en el mismo acto de entrega de la receta): fecha, firma y DNI del afiliado o tercero interviniente.
- 35. Recepción del medicamento: fecha, firma y DNI del afiliado o tercero interviniente, lugar de recepción.

Por el ISS-SEMPRE (si procede):

- 36. Medicamento autorizado
- 37. Forma farmacéutica
- 38. Concentración
- 39. Presentación
- 40. Cantidad de envases
- 41. Cobertura
- 42. Plan
- 43. Autorización Nro
- 44. Sello y firma
- 45. Aclaración de firma
- 46 Fecha de autorización

3. CODIGOS DE CONTROL DE LA FACTURACIÓN

- 1101. Falta/error Fecha de prescripción
- 1102. Falta /error apellido y nombre del afiliado
- 1103. Falta /error número de afiliado
- 1104. Falta /error edad del afiliado
- 1105. Falta /error sexo afiliado
- 1106. Falta/error / vencida credencial para patologías crónicas y/o la autorización del trámite.
- 1107. Falta/error Diagnóstico o Problema de salud
- 1108. Falta/error Medicamento
- 1109. Falta/error Forma farmacéutica
- 1110. Falta/error Concentración
- 1111. Falta Dosis Diaria
- 1112. Falta Duración del tratamiento
- 1113. Falta/error Matrícula del médico
- 1114. Falta Firma del médico NO REFACTURABLE
- 1115. Falta Sello aclaración y matrícula del médico. NO REFACTURABLE
- 1116. Falta Firma del afiliado o tercero interviniente
- 1117. Falta Tipo y número de documento del afiliado
- 1118. Falta Nro de orden
- 1119. Falta/error Fecha dispensación
- 1120. Falta Cantidad de envases dispensada
- 1121. Cálculo incorrecto del Nro de envases y presentación dispensada
- 1122. Falta/error Total precio público para cada medicamento
- 1123. Falta/error Monto total a cargo del ISS-SEMPRE para cada medicamento
- 1124. Falta/error Valoración total de la receta
- 1125. Falta/error Valoración Total a cargo del beneficiario
- 1126. Falta/error Valoración total a cargo del ISS-SEMPRE
- 1127. Falta Firma del farmacéutico
- 1128. Falta matrícula del farmacéutico
- 1129. Falta Sello de la Farmacia
- 1130. Falta Troquel del medicamento. NO REFACTURABLE
- 1131. Troquel no corresponde a lo dispensado o indicado NO REFACTURABLE
- 1132. Troquel deteriorado, no se visualiza denominación comercial ni número de identificación del medicamento NO REFACTURABLE

(01/09/2022)

- 1133. Receta vencida NO REFACTURABLE
- 1134. Receta no corresponde a la Obra Social NO REFACTURABLE
- 1135. Receta no corresponde la cobertura facturada
- 1136. Medicamento no autorizado por el auditor NO REFACTURABLE
- 1137. Falta/error Cantidad de envases autorizados por el auditor
- 1138. Medicamento no incluido en Formulario Terapéutico SEMPRE. NO REFACTURABLE
- 1139. Fechas incorrectas
- 1140. Medicamento mal valorado
- 1141. Medicamento que no compete al profesional prescriptor (exclusivo ODONTOLOGOS). NO REFACTURABLE
- 1142. Crédito por error en suma a abonar por el ISS-SEMPRE
- 1143. Falta/error Medicamento no dispensado
- 1144. Falta/error Conformidad de la recepción del medicamento
- 1145. Falta/error Entrega de la receta
- 1146. No coincide el documento original (receta/autorización) con lo facturado (grabado)
- 1147. Error en el plan adjudicado y grabado.
- 1148. Receta facturada (grabada) y no remitida.
- 1149. Medicamento facturado (grabado) y no prescripto. NO REFACTURABLE.
- 1150. Difiere prescripción con la autorización.
- 1151. Afiliación vencida o bajada al momento del expendio. NO REFACTURABLE.
- 1152. Enmienda sin salvar por el profesional prescriptor.
- 1153. Enmienda sin salvar por el profesional dispensador.
- 1154. Fuera de término NO REFACTURABLE.
- 1155. No cumplió con lo requerido en devolución. NO REFACTURABLE.
- 1200. Devolución total por carátula incompleta o errónea
- 1300. Débitos varios, no contemplados dentro de lo estipulado en las normas operativas del presente convenio

La realización de débitos identificados en el Anexo C como REFACTURABLES implica su devolución al profesional prestador con el objeto de salvar la causal del mismo. Estas prestaciones podrán ser reingresadas por única vez y junto con cualquiera de las dos (2) facturaciones siguientes consecutivas, contadas a partir de la fecha de devolución.

Los débitos refacturables cuando sean reiterados por prestador pasarán, previa comunicación a ser “NO REFACTURABLES” de forma definitiva para ese prestador.

4. NORMAS DE DISPENSACION PARTICULARES

4.1 ANTIBIOTICOS (Máximo de días de tratamiento)

ANTIINFECCIOSOS DE USO SISTEMICO de los capítulos J01, J02 y J05 del Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2020 del siguiente modo:

Para dichas situaciones, el ISS-SEMPRE reconocerá cualquier período o fracción en la "duración de tratamiento" de HASTA 10 (DIEZ) DÍAS, por receta y por R/p. excepto para el caso de antimicóticos, los que se podrán dispensar hasta para treinta (30) días de tratamiento cuando las tomas sean de un comprimido semanal.

4.2 ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) (Máximo de días de tratamiento)

4.2.1 El ISS-SEMPRE garantiza la cobertura del USO AGUDO Y/O EVENTUAL de AINES del capítulo M01A del Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2020 para

cualquier Problema de Salud expresado como diagnóstico definido o síntoma: por Ej. fiebre, dolor lumbar, artralgia, esguince de una articulación, odontalgia, inflamación de cualquier órgano o estructura, entre otras opciones) para UNA DURACIÓN DE TRATAMIENTO DE HASTA DIEZ (10) DIAS, por receta y por R/P y según la dosis diaria prescripta.

4.2.2 El ISS-SEMPRE garantiza la cobertura del USO CRONICO de AINES cuando sean prescriptos para los siguientes Problemas de Salud:

Códigos correspondientes a las enfermedades crónicas del músculo esquelético y el tejido conectivo, a saber:

- M05 artritis reumatoidea (AR)
- M06 otras artritis reumatoides (ARs)
- M08 poliartritis crónica juvenil (ARJ)
- M32 lupus eritematoso sistémico
- M33 dermatopolimiositis (DM -PM)
- M34 esclerosis sistémica progresiva
- M45 espondilitis anquilosante

En todos los casos para UNA DURACIÓN DE TRATAMIENTO DE HASTA TREINTA (30) DIAS, por receta y por R/P y según la dosis diaria prescripta.

IMPORTANTE:

- a) La cobertura de PARACETAMOL N02BE en cualquier caso es de HASTA TREINTA (30) DIAS por receta y según la dosis diaria prescripta.
- b) La cobertura del tratamiento antiagregante con ÁCIDO ACETILSALICÍLICO a DOSIS BAJAS (entre 81 mg y 325mg por unidad) B01AC06 (aspirina) indicada según código 287.X2 o Profilaxis Antitrombótica o tratamiento antiagregante, puede incluir la dispensa de presentaciones de HASTA CIEN (100) COMPRIMIDOS por receta.

4.3 ANTIASMATICOS del CAPITULO R03

Los Antiasmáticos del Capitulo R03 se podrán dispensar con AUTORIZACIÓN PREVIA DEL ISS-SEMPRE cuando conste en la receta: el diagnóstico:

- J44.9 EPOC
- J44.9 BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA

5. LISTADO DE LOS MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACION PREVIA DEL ISS-SEMPRE

La autorización deberá estar consignada en el dorso de la receta o en una autorización adicional emitida por el ISS-SEMPRE, donde constará la forma farmacéutica, concentración, presentación y CANTIDAD DE ENVASES a dispensar por lo que el farmacéutico dispensará según lo autorizado.

5.1 INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPÉUTICO POR MONTO FIJO O PLAN ESPECIAL

(01/09/2022)

ATC	MEDICAMENTO
A10BF01.A	ACARBOSA
J05AB01.A	ACICLOVIR(jarabe/suspensión)
C10AD02.A	ACIDO NICOTINICO
D05BB02.A	ACITRETINA
A11CC03.A	ALFACALCIDOL
C10AA05.A	ATORVASTATIN
M03BX01.A	BACLOFENO
P01CA02.A	BENZNIDAZOL
C10AB02.A	BEZAFIBRATO
A07EA06.A	BUDESONIDA
N04BC06.A	CABERGOLINA
H05BA01.A	CALCITONINA (SALMON SINTETICA)
A11CC04.A	CALCITRIOL (inyectable)
V06DZ99.A	CARBOHIDRATOS
J01DA13.A	CEFTRIAXONA
B01AX99.A	CLOSTAZOL
J01MA02.A	CIPROFLOXACINA (suspensión)
J04BA01.A	CLOFAZIMINA - S.F.C.
B01AC04.A	CLOPIDOGREL
N05AH02.A	CLOZAPINA
C10AC01.A	COLESTIRAMINA
G03XA01.A	DANAZOL
J04BA02.A	DAPSONA
V03AC01.A	DESFEROXAMINA METASULFONATO
H01BA02.A	DESMOPRESINA ACETATO
N06AX21.A	DULOXETINA
B01AB05.A	ENOXAPARINA SODICA
N04BX02.A	ENTACAPONA
J01GA01.A	ESTREPTOMICINA
J04AK02.A	ETAMBUTOL
J02AC01.A	FLUCONAZOL(suspensión)
V06CZ99.A	FORMULAS LACTEAS EN BASE A CASEINA (SIN LACTOSA)
V06CY99.A	FORMULAS LACTEAS EN BASE A HIDROLISADOS DE CASEINA (SIN LACTOSA) - USO NORM-
V06CX99.A	FORMULAS LACTEAS EN BASE A PROTEINAS DE SOJA (SIN LACTOSA)
V06CU99.A	FORM. LACTEAS PARA PREM. Y R.N.DE BAJO PESO
V06CW99.A	FORMULAS LACTEAS PARA LACTANTES
V06CV99.A	FORMULAS LACTEAS PARA MAYORES DE SEIS MESES
N03AX12.A	GABAPENTINA
C10AB04.A	GEMFIBROZIL
G03XA02.A	GESTRINONA
A10BB01.A	GLIBENCLAMIDA
A10BB12.A	GLIMEPIRIDA
A10BB07.A	GLIPIZIDA
H04AA01.A	GLUCAGON
G03GA01.A	GONADOTROFINA CORIONICA
G03GA02.A	GONADOTROFINA MENOPAUSICA HUMANA
D06BB10.A	IMIQUIMOD
J06BB04.A	INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B
J06BB05.A	INMUNOGLOBULINA ANTIRRABICA
J06BB02.A	INMUNOGLOBULINA ANTITETANICA
A10AB05.A	INSULINA ASPARTATO
A10AD05.A	INSULINA ASPARTICA DE ACCION LENTA + RAPIDA
A10AC02.A	INSULINA BOVINA ACCION INTERMEDIA
A10AE02.A	INSULINA BOVINA ACCION LENTA
A10AB02.A	INSULINA BOVINA ACCION RAPIDA
A10AE05.A	INSULINA DETEMIR
A10AE04.A	INSULINA GLARGINA
A10AC01.A	INSULINA HUMANA ACCION INTERMEDIA
A10AE01.A	INSULINA HUMANA ACCION LENTA
A10AB01.A	INSULINA HUMANA ACCION RAPIDA
A10AD01.A	INSULINA HUMANA DE ACCION INTERMEDIA 70 + RAPIDA 30
A10AB04.A	INSULINA LISPRO
A10AC03.A	INSULINA PORCINA ACCION INTERMEDIA
A10AE03.A	INSULINA PORCINA ACCION LENTA
A10AB03.A	INSULINA PORCINA ACCION RAPIDA
J04AC01.A	ISONIACIDA
D10AD04.A	ISOTRETINOINA
D10BA01.A	ISOTRETINOINA

J02AC02.A	ITRACONAZOL (suspensión)
N03AX14.A	LEVETIRACETAM
V06DZ98.A	LIPIDOS (MCT)
A07EC02.A	MESALAZINA
A10BA02.A	METFORMINA CLORHIDRATO
N06BA04.A	METILFENIDATO CLORHIDRATO
H02AB04.A	METILPREDNISONA (40mg)
D05BA02.A	METOXSALENO
N06AX11.A	MIRTAZAPINA
R03DC03.A	MONTELUKAST
N02AA01.A	MORFINA CLORHIDRATO
N02AA01.B	MORFINA SULFATO
B01AB06.A	NADROPARINA CALCICA
A10BX03.A	NATEGLINIDA
N05AH03.A	OLANZAPINA
A08AB01.A	ORLISTAT
N03AF02.A	OXCARBAMACEPINA
M05BA03.A	PAMIDRONATO DISODICO (inyectable)
M01CC01.A	PENICILAMINA - USO NORMALIZADO-
P01CX01.A	PENTAMIDINA ISETIONATO
J04AK01.A	PIRAZINAMIDA
N07AA02.A	PIRIDOSTIGMINA
N04BC05.A	PRAMIPEXOL DICLORHIDRATO
C10AA03.A	PRAVASTATIN
H02AB07.A	PREDNISONA (50mg)
N03AA03.A	PRIMIDONA
V06DZ97.A	PROTEINAS - USO NORMALIZADO-
V07AD97.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA CETONURIA
V07AD98.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCEMIA
V07AD99.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCOSURIA
A10BX02.A	REPAGLINIDA
J04AM02.A	RIFAMPICINA E ISONIACIDA
J04AM02.B	RIFAMPICINA, ISONIACIDA Y PIRAZINAMIDA
N05AX08.A	RISPERIDONA(solución)
C10AA01.A	SIMVASTATIN
A10BH01.A	SITAGLIPTINA
N02CC01.A	SUMATRIPTAN
V06DX99.A	SUPLEMENTO ENTERAL
V06DX98.A	SUPLEMENTO ORAL
J01XA02.A	TEICOPLANINA
G03BA03.A	TESTOSTERONA (250mg/ml amp de 4ml)
N03AX11.A	TOPIRAMATO
S01EE04.A	TRAVOPROST
N06AX05.A	TRAZODONE
J07BC02.A	VACUNA ANTIHEPATITIS A
J07AL01.A	VACUNA ANTINEUMOCOCCICA (23 valencias)
J07AL02.A	VACUNA ANTINEUMOCOCCICA CONJUGADA (13 valencias)
N06AX16.A	VENLAFAXINA
N03AG04.A	VIGABATRIM
A10BH02.A	VILDAGLIPTINA
N05CF01.A	ZOPICLONA

5.2 MEDICAMENTOS DE USO RADIOLÓGICO:

V08AB03.A	IOXALATO DE MEGLIMINA E IOXALATO DE SODIO
-----------	---

6. COBERTURA SEGÚN PROBLEMA DE SALUD.

6.1 Los ANTIASMÁTICOS del CAPITULO R03 se podrán dispensar con AUTORIZACIÓN PREVIA DEL ISS-SEMPRE cuando conste en la receta el problema de salud:

- J45X -BRONCOESPASMO
- J44.9 EPOC
- J44.9 BRONQUITIS CRÓNICA OBSTRUCTIVA



(01/09/2022)

MATERIAL DESCARTABLE Y FORMULAS MAGISTRALES (ver listado en pág. Del Colegio)

ANEXO Q

PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y MEDICAMENTOS. DIABETES Y MEDICAMENTOS

PATOLOGIAS CRONICAS

A) Enfermedades Cardiovasculares:

- Hipertensión Arterial Esencial (I10)
- Hipertensión Arterial Secundaria (I15)
- Insuficiencia Coronaria – Angina de pecho (I20)
- Cardiopatía Isquémica (I25.5)
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0)
- Insuficiencia Cardíaca (I50.9)
- Infarto Agudo de Miocardio (I21.9)
- Arritmias Cardíacas (I49.9)
- Fibrilación y Aleteo Auricular (I48)
- Terapéutica Antiagregante (287.X2)
- Prevención Primaria de la C. Isquémica (272.X)
- Prevención Secundaria de la C. Isquémica (E78)
- Dislipemia (E78)
- Tratamiento Anticoagulante.(287X1)

B) Enfermedades Respiratorias:

- Asma Bronquial (J45)
- Fibrosis Pulmonar (J84.1)

C) Enfermedades Neurológicas:

- Enfermedad de Parkinson (G20)
- Epilepsia (G40)

D) Enfermedades Psiquiátricas:

- Esquizofrenia (F20)
- Psicosis Orgánicas(F03)
- Psicosis NO Orgánicas(F29)

E) Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas:

- Artritis Reumatoidea (M05)
- Lupus Eritematoso Sistémico (M32.9)
- Esclerosis Sistémica Progresiva (M34.0)
- Gota Crónica (M10)
- Artritis Reumatoidea Juvenil (M08.0)
- Polimiositis (M33.2)
- Dermatomiositis (M33)
- Polimialgia Reumática (M35.3)
- Síndrome de Sjögren (M35.0)
- Polimialgia Reumática (M35.3)
- Artropatías psoriasicas y enteropáticas (M07)
- Colitis Ulcerosa (K51)
- Enfermedad de Crohn (K50)

F) Enfermedades Oftalmológicas:

- Glaucoma (H40)

G) Enfermedades Endocrinas y Metabólicas:

- Hipertiroidismo (E05)
- Hipotiroidismo (E03)
- Hipotiroidismo Congénito (E00)
- Bocio Difuso o Endémico (E01.0)
- Tiroiditis (E06)
- Insuficiencia Suprarrenal o Enfermedad de Addison (E27.1)

H) Enfermedades Dermatológicas:

- Psoriasis (L40)

Nota: se ha mantenido con la clasificación CIE X utilizada por ISS-SEMPRE y el Código por Clasificación CIE IX y CISAP en los casos que la CIE X no contempla. Los códigos pueden incluir los respectivos subíndices, que en cada caso correspondan.

Los medicamentos destinados a PATOLOGÍAS CRÓNICAS que reciben esta cobertura, se detallan a continuación:

A) MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPEUTICO DE ISS-SEMPRE 2020

ATC	MEDICAMENTO
A07EA06.A	BUDESONIDA -USO NORMATIZADO-
A07EC01.A	SULFASALAZINA (SALICILAZOSULFAPIRIDINA)
A07EC02.A	MESALAZINA -USO NORMATIZADO-
B01AA03.A	WARFARINA SODICA CRISTALINA
B01AA07.A	ACENOCUMAROL
B01AB01.A	HEPARINA CALCICA
B01AB05.A	ENOXAPARINA SODICA – USO NORMATIZADO -
B01AB06.A	NADROPARINA CALCICA - USO NORMATIZADO-
B01AC04.A	CLOPIDOGREL – USO NORMATIZADO-
B01AC06.A	ACIDO ACETILSALICILICO (100 A 325 mg)
	DABIGATRAN ETEXILATO – USO NORMATIZADO –
B01AE07.A	–
B01AF01.A	RIVAROXABAN –USO NORMATIZADO–
C01AA05.A	DIGOXINA
C01BA01.A	QUINIDINA SULFATO
C01BB02.A	MEXILETINA CLORHIDRATO –S.F.C.-
C01BC03.A	PROPAFENONA CLORHIDRATO
C01BC04.A	FLECAINIDA ACETATO
C01BD01.A	AMIODARONA CLORHIDRATO
C01DA02.A	NITROGLICERINA – S.F.C –
C01DA08.A	DINITRATO DE ISOSORBIDE
C01DA14.A	MONONITRATO DE ISOSORBIDE
C02AB01.A	ALFA METILDOPA
C03AA03.A	HIDROCLOROTIAZIDA
	HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA CLORHIDRATO
C03AX01.A	
C03BA04.A	CLORTALIDONA
C03BA11.A	INDAPAMIDA
C03CA01.A	FUROSEMIDA
C03CA01.B	FUROSEMIDA DIETILAMINOETANOL
C03DA01.A	ESPIRONOLACTONA
C03DA04.A	EPLERENONA
C03EB01.A	FUROSEMIDA Y ESPIRONOLACTONA
C07AA05.A	PROPRANOLOL CLORHIDRATO
C07AB02.A	METOPROLOL
C07AB03.A	ATENOLOL
C07AB07.A	BISOPROLOL
C07AB12.A	NEBIVOLOL
C07AG02.A	CARVEDILOL
C07BB07.A	BISOPROLOL + HIDROCLOROTIAZIDA
C08CA01.A	AMLODIPINA
C08CA05.A	NIFEDIPINA (forma de liberación controlada)
C08DA01.A	VERAPAMILO
C08DB01.A	DILTIAZEM CLORHIDRATO
C09AA02.A	ENALAPRIL MALEATO
C09BA02.A	ENALAPRIL + HIDROCLOROTIAZIDA
C09CA01.A	LOSARTAN
C09CA03.A	VALSARTAN
C09CA06.A	CANDESARTAN CILEXETIL
C09CA07.A	TELMISARTAN
C09DA01.A	LOSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
C09DA03.A	VALSARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
C09DA06.A	CANDESARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
C09DA07.A	TELMISARTAN + HIDROCLOROTIAZIDA
C10AA01.A	SIMVASTATIN

(01/09/2022)

C10AA03.A	PRAVASTATIN – S.F.C. –
C10AA05.A	ATORVASTATIN
C10AA07.A	ROSUVASTATINA
C10AB02.A	BEZAFIBRATO
C10AB04.A	GEMFIBROZIL
C10AB05.A	FENOFIBRATO
C10AB11.A	ACIDO FENOFIBRICO
C10AC01.A	COLESTIRAMINA
C10AD02.A	ACIDO NICOTINICO – S.F.C –
D05AA99.A	COALTAR
D05AC01.A	ANTRALINA (DITRANOL) –S.F.C.-
D05AD02.A	METOXSALENO –S.F.C.-
D05AX02.A	CALCIPOTRIOL
D05BA02.A	METOXSALENO - USO NORMATIZADO-
D05BB02.A	ACITRETINA - USO NORMATIZADO -
H03AA01.A	LEVOTIROXINA SODICA
H03AA02.A	L- TRIODOTIRONINA SODICA (LIOTIRONINA SODICA)
H03BA02.A	PROPLTIOURACILO – S.F.C. -
H03BB02.A	METIMAZOL
H03CA99.A	SOLUCION DE LUGOL – S.F.C. -
L04AA99.A	LEFLUNOMIDA
M01CC01.A	PENICILAMINA - USO NORMATIZADO-
M01CX97.A	CLOROQUINA
M01CX98.A	HIDROXICLOROQUINA SULFATO
M01CX99.A	METOTREXATO
M04AA01.A	ALLOPURINOL
M04AA03.A	FEBUXOSTAT
M04AC01.A	COLCHICINA
N03AA02.A	FENOBARBITAL
N03AA03.A	PRIMIDONA
N03AB02.A	FENITOINA
N03AB02.B	FENITOINA CALCICA
N03AB02.C	FENITOINA SODICA
N03AD01.A	ETOSUXIMIDA
N03AF01.A	CARBAMAZEPINA
N03AF02.A	OXCARBAMACEPINA
N03AG01.A	ACIDO VALPROICO
N03AG01.B	DIVALPROATO DE MAGNESIO
N03AG01.C	DIVALPROATO DE SODIO
N03AG04.A	VIGABATRIM - USO NORMATIZADO-
N03AX09.A	LAMOTRIGINA
N03AX11.A	TOPIRAMATO - USO NORMATIZADO-
N03AX14.A	LEVETIRACETAM -USO NORMATIZADO-
N03ax18.a	LACOSAMIDA – USO NORMATIZADO –
N04AA01.A	TRIHEXIFENIDILO CLORHIDRATO
N04AA02.A	BIPERIDENO CLORHIDRATO
N04BA02.A	LEVODOPA + BENSERAZIDA
N04BA02.B	LEVODOPA + CARBIDOPA
N04BB01.A	AMANTADINA
N04BC01.A	BROMOCRIPTINA – S.F.C. –
N04BC05.A	PRAMIPEXOL DICLORHIDRATO - USO NORMATIZADO-
N04BX02.A	ENTACAPONA
N05AA01.A	CLORPROMAZINA
N05AA02.A	LEVOMEPRMAZINA
N05AB06.A	TRIFLUOPERAZINA
N05AD01.A	HALOPERIDOL
N05AD06.A	BROMPERIDOL – S.F.C. –
N05AG02.A	PIMOZIDA
N05AH02.A	CLOZAPINA – USO NORMATIZADO-
N05AH03.A	OLANZAPINA - USO NORMATIZADO-
N05AH04.A	QUETIAPINA
N05AN01.A	LITIO CARBONATO
N05AX08.A	RISPERIDONA – USO NORMATIZADO –
N05AX12.A	ARIPRAZOL
R03AC02.A	SALBUTAMOL
R03AC03.A	TERBUTALINA SULFATO
R03AC13.A	FORMOTEROL FUMARATO
R03AK06.A	SALMETEROL + FLUTICASONA PROPIONATO
R03AK07.A	BUDESONIDA + FORMOTEROL FUMARATO
R03BA02.A	BUDESONIDA
R03BA05.A	FLUTICASONA PROPIONATO
R03BB01.A	IPRATROPIO BROMURO
R03BB04.A	TIOTROPIO BROMURO
R03BC01.A	ACIDO CROMOGLICICO (CROMOGLICATO DISODICO) – S.F.C. –
R03CC02.A	SALBUTAMOL
R03DA04.A	TEOFILINA ANHIDRA
R03DC03.A	MONTELUKAST
S01EA05.A	BRIMONIDINA TARTRATO

S01EB01.A	PILOCARPINA CLORHIDRATO
S01EC01.A	ACETAZOLAMIDA
S01EC03.A	DORZOLAMIDA
S01ED01.A	TIMOLOL
S01ED01.B	TIMOLOL MALEATO
S01ED02.A	BETAXOLOL CLORHIDRATO – S.F.C. –
S01ED51.A	TIMOLOL MALEATO + DORZOLAMIDA CLORHIDRATO
S01EE01.A	LATANOPROST
S01EE04.A	TRAVOPROST

DIABETES MELLITUS - PLAN B2 -

Se especifican a continuación los medicamentos destinados al PLAN B2 (DIABETES MELLITUS) con los siguientes CODIGOS

- Diabetes Mellitus Insulinodependiente o Diabetes Tipo I (E10)
- DBT Tipo I (E10)
- Diabetes Mellitus No Insulinodependiente o Diabetes Tipo II (E11)
- DBT Tipo II (E11)
- Diabetes Insulinorequiriente (Tipo II) (E11.X)
- Insulinoresistencia (E10.X)

A) MEDICAMENTOS Y TIRAS REACTIVAS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPEUTICO DE ISS-SEMPRE 2020

ATC	MEDICAMENTO
A10AB01.A	INSULINA HUMANA ACCION RAPIDA -USO NORMATIZADO-
A10AB04.A	INSULINA LISPRO - USO NORMATIZADO-
A10AB05.A	INSULINA ASPARTATO - USO NORMATIZADO-
A10AB06.A	INSULINA GLULISINA – USO NORMATIZADO –
A10AC01.A	INSULINA HUMANA ACCION INTERMEDIA -USO NORMATIZADO-
A10AD01.A	INSULINA HUMANA DE ACCION INTERMEDIA 70 + RAPIDA 30 - USO NORMATIZADO-
A10AD05.A	INSULINA ASPARTICA DE ACCION LENTA + RAPIDA - USO NORMATIZADO-
A10AE04.A	INSULINA GLARGINA - USO NORMATIZADO-
A10AE05.A	INSULINA DETEMIR - USO NORMATIZADO-
A10AE06.A	INSULINA DEGLUDEC – USO NORMATIZADO –
A10BA02.A	METFORMINA CLORHIDRATO –USO NORMATIZADO-
A10BB01.A	GLIBENCLAMIDA -USO NORMATIZADO-
A10BB07.A	GLIPIZIDA -USO NORMATIZADO-
A10BB09.A	GLICLAZIDA – USO NORMATIZADO –
A10BB12.A	GLIMEPIRIDA - USO NORMATIZADO-
A10BD02.A	METFORMINA + GLIBENCLAMIDA - – USO NORMATIZADO –
A10BD02.B	METFORMINA + GLIMEPIRIDA – USO NORMATIZADO –
A10BD07.A	METFORMINA + SITAGLIPTINA – USO NORMATIZADO –
A10BD08.A	METFORMINA + VILDAGLIPTINA – USO NORMATIZADO –
A10BD11.A	METFORMINA + LINAGLIPTINA – USO NORMATIZADO –
A10BH01.A	SITALIPTINA -USO NORMATIZADO-
A10BH02.A	VILDAGLIPTINA -USO NORMATIZADO-
A10BH05.A	LINAGLIPTINA – USO NORMATIZADO –
A10BJ02.A	LIRAGLUTIDA – USO NORMATIZADO –
A10BJ05.A	DULAGLUTIDA – USO NORMATIZADO –
A10BX02.A	REPAGLINIDA -USO NORMATIZADO-
H04AA01.A	GLUCAGON – USO NORMATIZADO –
V07AD96.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA CETONEMIA -USO NORMATIZADO-
V07AD98.A	REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCEMIA -USO NORMATIZADO-