

## **ANEXO K**

### **DATOS DE LA CREDENCIAL DE AFILIADO PORTADOR DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS:**

Número de afiliado  
Nombre y apellido del afiliado  
Diagnóstico/s  
Medicamentos autorizados  
Vencimiento  
Firma responsable ISS-SEMPRE

### **DATOS DE LA CREDENCIAL DE AFILIADO DIABETICO**

Número de afiliado  
Nombre y apellido del afiliado  
Diagnóstico  
Medicamentos autorizados  
Vencimiento  
Firma responsable ISS-SEMPRE

## **ANEXO L**

## MATERIALES DESCARTABLES Y FORMULAS MAGISTRALES

Ambos listados se actualizarán en sus precios en forma mensual o cuando las condiciones económicas y financieras del mercado se modifiquen.

### MATERIALES DESCARTABLES

DESCRIPCIÓN	PRECIO
ABBOCATH	3.00
AGUA OXIGENADA 10 VOLUMENES por 100 ml	1.30
AGUJA 20 G	0.20
AGUJA 21 G ½	0.36
AGUJA 21 G 2 50-8	0.20
AGUJA 25/8	0.20
AGUJA 30 G ½	0.20
AGUJA 38/8	0.20
AGUJA 40/8	0.20
AGUJA PARA LAPICERA/INSULINA	0.57
ALGODON x 400 g.	6.20
ALGODON x 500 g.	7.10
APOSITO 10 x 10 cm. Estéril	5.90
APOSITO 20 x 20 cm. sin esterilizar	6.30
ARO PARA BOLSA COLOSTOMIA	15.90
BARBIJO DESCARTABLE	0.25
BOLSA COLECTORA DE ORINA	13.70
BOLSA COLOSTOMIA CERRADA DE DOS PIEZAS SIN EL ARO O PLACA	11.00
BOLSA COLOSTOMIA CERRADA DE UNA PIEZA	5.00
BOLSA DESAGOTE P/CAMA	7.80
BOLSA ILEOSTOMIA DE DOS PIEZAS	6.80
BOLSA UROSTOMIA DE DOS PIEZAS	13.80
BOLSA UROSTOMIA COMPACTA	23.00
PLACA PARA BOLSA DE ILEOSTOMIA	17.20
PLACA PARA BOLSA DE UROSTOMIA	17.20
BOMBACHA P/ADULTOS	7.50
BUTTERFLY Número 19	2.50
BUTTERFLY Número 21	2.50
BUTTERFLY Número 23	2.50
BUTTERFLY Número 25	2.50
EQUIPO P/ADM. SOLUC. FOTOSENS C/MACROGOTERO	3.80
EQUIPO P/ADM. SOLUC. PARENT. C/MICRO O MACROGOTERO	3.80
EQUIPO P/ADM. SOLUC. PARENTERAL	4.00
GASA 10 x 10 cm. estéril caja Número 1	1.40
GASA 10 x 10 cm. estéril caja Número 5	3.30
GASA 20 x 20 cm. estéril caja Número 1	3.30
GASA 20 x 20 cm. estéril caja Número 5	3.30
GUANTE ESTERIL Número 8 ½	1.30
GUANTE ESTERIL Número 6 ½	1.30
GUANTE ESTERIL Número 7	1.30
GUANTE ESTERIL Número 7 ½	1.30
GUANTE ESTERIL Número 8	1.30
GUANTE SIN ESTERILIZAR DE LATEX LARGE	0.35

GUANTE SIN ESTERILIZAR DE LATEX MEDIUM	0.35
GUANTE SIN ESTERILIZAR DE LATEX SMALL	0.35
HISOPO ESTERIL BRIT x unidad	0.30
HOJA DE BISTURI Número 11 x unidad	0.56
HOJA DE BISTURI Número 15 x unidad	0.56
HOJA DE BISTURI Número 24 x unidad	0.56
JERINGA DESCARTABLE 10 cc con aguja	0.90
JERINGA DESCARTABLE 10 cc sin aguja	0.81
JERINGA DESCARTABLE 2 cc con aguja	0.54
JERINGA DESCARTABLE 20 cc con aguja	1.60
JERINGA DESCARTABLE 30 cc con aguja	1.70
JERINGA DESCARTABLE 5 cc con aguja	0.62
JERINGA DESCARTABLE 5 cc sin aguja	0.44
JERINGA DESCARTABLE 50 cc con y sin aguja	3.00
JERINGA DESCARTABLE 60 cc con y sin aguja	3.10
JERINGA INSULINA 100 U c/aguja	0.68
JERINGA INSULINA 40/80 U c/aguja	0.68
JERINGA TUBERCULINA con aguja	0.60
LANCETA	0.30
MASCARA NEBULIZAR GOMA	3.40
NEBULIZADOR	125.00
NEBULIZADOR ULTRASONICO	190.00
PAÑAL ADULTO EXTRA GRANDE C/GEL x unidad	0.73
PAÑAL ADULTO GRANDE C/GEL x unidad	0.80
PAÑAL ADULTO MEDICANO C/GEL x unidad	0.80
PAÑAL BEBE CHICO C/GEL x unidad	0.59
PAÑAL BEBE EXTRA GRANDE C/GEL x unidad	1.03
PAÑAL BEBE GRANDE C/GEL x unidad	0.82
PAÑAL BEBE MEDIANO C/GEL x unidad	0.68
PAÑAL BEBE RECIEN NACIDO C/GEL x unidad	0.85
PASTA	22.00
REFLECTOMETRO P/CONTROL DE DIABETES	115.00
SONDA HEMATURIA "RUSH" de 3 Vías	56.00
SONDA NELATON Número 14	3.50
SONDA NELATON Número 16	3.50
SONDA NELATON Número 18	3.50
SONDA Número 12 "PETZZER"	4.10
SONDA Número 16 "PETZZER"	4.10
SONDA Número 20 "PETZZER"	4.10
SONDA TIPO NELATON SILICONADA	8.00
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA P/PREMAT TIPO. RIVERO K 33	0.70
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA P/PREMAT. TIPO RIVERO K 35	0.70
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA TIPO RIVERO K 30	0.70
SONDA P/ALIMENTACION NASOGASTRICA TIPO RIVERO K 31	0.70
SONDA P/DRENAJE TORACICO TIPO RIVERO K 225	26.00
SONDA P/DRENAJE TORACICO TIPO RIVERO K 227	6.00
SONDA P/INTUBACION GASTRICA LEVINE TIPO RIVERO K 10	1.00
SONDA P/INTUBACION GASTRICA LEVINE TIPO RIVERO K 11	1.10
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 108	44.00
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 107	44.00
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 109	42.00

SONDA DE SILICONA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 109	92.00
SONDA P/NUTRICION ENTERAL TIPO RIVERO K 107 (Pediátrica)	42.00
SONDA DE SILICONA P/NUTRICION ENTERAL RIVERO TIPO K 109 (Adultos)	92.00
SONDA P/SUCCION DE MUCUS Y ADMIN. DE OXIG. PREMAT. RIVERO K 29	3.80
SONDA P/SUCCION DE MUCUS Y ADMIN. DE OXIGENO RIVERO K 32	1.00
SONDA P/SUCCION DE MUCUS Y ADMIN. DE OXIGENO RIVERO K 34	4.00
SONDA RECTAL TIPO RIVERO K 44	3.00
SONDA URETRAL CON PUNTA ACODADA RIVERO K 102	4.70
SONDA URETRAL CON PUNTA ACODADA RIVERO K 103	4.70
SONDA URETRAL RECTA TIPO RIVERO K 93	0.95
SONDA URETRAL RECTA TIPO RIVERO K 96	0.95
SONDA URETRAL TIPO RIVERO K 92	0.95
SONDA VESICAL FOLEY Número 10 ped. " RUSH"	12.40
SONDA VESICAL FOLEY Número 12 de 2 vías " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 14 de 2 Vías "RUSH"	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 16 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 18 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 18 de 3 Vías "RUSH"	16.00
SONDA VESICAL FOLEY Número 20 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 22 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 24 " RUSH "	3.90
SONDA VESICAL FOLEY Número 8 ped. " RUSH "	12.40
TAPON PARA CATETER A UG 14703 " ARROW "	7.00
TELA ADHESIVA "MICROPORE 3M" 1.25 cm x 9 m. x unidad c/rac.	2.00
TELA ADHESIVA "MICROPORE 3M" 2.5 cm x 9 m. x unidad c/rac.	3.60
TELA ADHESIVA "MICROPORE 3M" 5,08 cm x 9 m. x unidad c/rac.	7.30
TELA ADHESIVA "TRANSPORE 3M" 2.5 cm x 9 m. x unidad	4.50
TELA ADHESIVA 10 cm x unidad x 9 m	10.50
TELA ADHESIVA 7.5 cm x unidad x 9 m	7.60
VAPORIZADOR SALIV-AID x 50 ml. ( saliva artificial )	16.00
VENDA DE CAMBRICS INCOSA DE 10 cm	1.60
VENDA DE CAMBRICS INCOSA DE 5 cm	0.95
VENDA DE CAMBRICS INCOSA DE 7 cm	1.10

### FORMULAS MAGISTRALES

**ACIDO FOLICO**  
ACIDO FOLICO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE

---

ACIDO FOLICO	CAPSULA	2 mg	1 ENVASE x 1 caps
ACIDO FOLICO	SELLO	2 mg	1 ENVASE x 1 sello
ACIDO FOLICO	CAPSULA	10 mg	1 ENVASE x 1 caps
ACIDO FOLICO	SELLO	10 mg	1 ENVASE x 1 sello
ACIDO FOLICO	CAPSULA	15 mg	1 ENVASE x 1 caps
ACIDO FOLICO	SELLO	15 mg	1 ENVASE x 1 sello
ACIDO FOLICO	CAPSULA	20 mg	1 ENVASE x 1 caps
ACIDO FOLICO	SELLO	20 mg	1 ENVASE x 1 sello

**ACIDO SALICILICO**  
ACIDO SALICILICO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
ACIDO SALICILICO	GEL	6 g %	1 ENVASE x 100 g

**ALCOHOL**  
ALCOHOL

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
ALCOHOL	SOLUCION	70%	1 ENVASE x 500 ml

**ARGININA CLORHIDRATO**  
ARGININA CLORHIDRATO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
ARGININA CLORHIDRATO	SOLUCION	10 g %	1 ENVASE x 250 ml

**BICARBONATO DE POTASIO**  
BICARBONATO DE POTASIO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
BICARBONATO DE POTASIO	SELLO	1 g	1 ENVASE x 1 sello	0.90

**BICARBONATO SODICO**  
BICARBONATO SODICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
BICARBONATO SODICO	SELLO	1 g	1 ENVASE x 1 sello	0.60
BICARBONATO SODICO	POLVO	4 g	1 ENVASE x 1 sobre	1.20

**BORATO DE SODIO**  
BORATO DE SODIO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
BORATO DE SODIO	POLVO	6 g	1 ENVASE x 1 sobre	4.00
BORATO DE SODIO	POLVO	25 g	1 ENVASE x 1 sobre	8.00

**CALCIO CARBONATO**  
CALCIO CARBONATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	30 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	0.60
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	120 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	0.90
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	300 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	1.10
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	500 mg	1 ENVASE x 1 caps/sob	1.40
CALCIO CARBONATO	CAPSULA/SOBRE	1 g	1 ENVASE x 1 caps/sob	2.80
CALCIO CARBONATO	SOBRE	3 g	1 ENVASE x 1 sobre	5.00
CALCIO CARBONATO	SOBRE	5 g	1 ENVASE x 1 sobre	6.00

sobre

**CALCIO LACTATO**  
CALCIO LACTATO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
CALCIO LACTATO	SELLO	75 mg	1 ENVASE x 1 sello

**CODEINA**  
CODEINA

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
CODEINA	CAPSULA	40 mg	1 ENVASE x 1 caps
CODEINA	CAPSULA	50 mg	1 ENVASE x 1 caps
CODEINA FOSFATO	SELLO	60 mg	1 ENVASE x 1 sello

**COENZIMA Q**  
COENZIMA Q

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
COENZIMA Q	CAPSULA	30 mg	1 ENVASE x 1 caps
COENZIMA Q	CAPSULA	60 mg	1 ENVASE x 1 caps

**COBRE SULFATO**  
COBRE SULFATO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
COBRE SULFATO	SOLUCION	0.08 g %	1 ENVASE x 450 ml

**ENALAPRIL**

**ENALAPRIL**

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
ENALAPRIL	SELLO	0,40 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.80
ENALAPRIL	CAPSULA	0,50 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.90

**ESPIRONOLACTONA**  
ESPIRONOLACTONA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
ESPIRONOLACTONA	CAPSULA	4 mg	1 ENVASE x 1 caps	0.90

**FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO**  
FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO	JARABE	(1,44-1,80) g%	1 ENVASE x 600 ml	18.00
FOSFATO DISODICO Y MONOSODICO	JARABE	(1,44-1,80)g%	1 ENVASE x 1500 ml	24.00

**FOSFATO MONOPOTASICO**  
FOSFATO MONOPOTASICO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
FOSFATO MONOPOTASICO	SELLO	4 mg	1 ENVASE x 1 sello	0.90

**HIDROCLOROTIAZIDA**  
HIDROCLOROTIAZIDA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
------------------	-------	--------------	--------------	------

	FARMACEUTICA		
HIDROCLOROTIAZIDA	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps

**HIDROXITRIPTOFANO**  
HIDROXITRIPTOFANO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
HIDROXITRIPTOFANO	SOBRE	500 mg	1 ENVASE x 1 sobre
HIDROXITRIPTOFANO	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps

**MORFINA CLORHIDRATO**  
MORFINA CLORHIDRATO

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,10 g %	1 ENVASE x 250 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,10 g %	1 ENVASE x 500 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,10 g %	1 ENVASE x 1000 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,20 g %	1 ENVASE x 250 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,20 g %	1 ENVASE x 500 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,20 g %	1 ENVASE x 1000 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,30 g %	1 ENVASE x 250 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,30 g %	1 ENVASE x 500 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,30 g %	1 ENVASE x 1000 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,40 g %	1 ENVASE x 500 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,50 g %	1 ENVASE x 250 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,80 g %	1 ENVASE x 100 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,80 g %	1 ENVASE x 250 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	0,80 g %	1 ENVASE x 500 ml
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	1,20 g %	1 ENVASE x 30

MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	1,20 g %	ml 1 ENVASE x 100	55.00
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	3,00 g %	ml 1 ENVASE x 100	110.00
MORFINA CLORHIDRATO	JARABE/SOLUCION	6,00 g %	ml 1 ENVASE x 50	110.00

### **MORFINA CLORHIDRATO-CLORPROMAZINA**

MORFINA CLORHIDRATO-  
CLORPROMAZINA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
MORFINA CLORHIDRATO- CLORPROMAZINA	JARABE	(126-40) mg %	1 ENVASE x 500 ml	55.00
MORFINA CLORHIDRATO- CLORPROMAZINA	JARABE	(126-40) mg %	1 ENVASE x 800 ml	80.00

### **OXIMETALONA**

OXIMETALONA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
OXIMETALONA	CAPSULA	50 mg	1 ENVASE x 1 caps	2.00
OXIMETALONA	SELLO	50 mg	1 ENVASE x 1 sello	2.00
OXIMETALONA	CAPSULA	60 mg	1 ENVASE x 1 caps	2.50
OXIMETALONA	CAPSULA	70 mg	1 ENVASE x 1 caps	2.80
OXIMETALONA	CAPSULA	100 mg	1 ENVASE x 1 caps	3.30

### **PANCREATINA**

PANCREATINA

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION	COB.
	FARMACEUTICA			SEMPRE
PANCREATINA	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps	1.80
PANCREATINA	CAPSULA	1 g	1 ENVASE x 1 caps	2.20

**PILOCARPINA  
CLORHIDRATO**  
PILOCARPINA CLORHIDRATO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
PILOCARPINA CLORHIDRATO	CAPSULA	5 mg	1 ENVASE x 1 caps

**SODIO CLORURO**  
SODIO CLORURO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
SODIO CLORURO	CAPSULA	200 mg	1 ENVASE x 1 caps
SODIO CLORURO	SELLO	17 g	1 ENVASE x 1 sello

**SULFADIAZINA**  
SULFADIAZINA

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
SULFADIAZINA	CAPSULA	500 mg	1 ENVASE x 1 caps

**VITAMINA B6**  
VITAMINA B6

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		
VITAMINA B6	SELLO	10 mg	1 ENVASE x 1 sello

**ZINC SULFATO**  
ZINC SULFATO

---

NOMBRE COMERCIAL	FORMA	DOSIS/UNIDAD	PRESENTACION
	FARMACEUTICA		

ZINC SULFATO	SUSPENSION	0,10 g%	1 ENVASE x 450 ml	16.00
ZINC SULFATO	SUSPENSION	0,20 g%	1 ENVASE x 450 ml	16.00
ZINC SULFATO	SUSPENSION	0,30 g%	1 ENVASE x 450 ml	17.00
ZINC SULFATO	SUSPENSION	0,40 g%	1 ENVASE x 450 ml	17.00
ZINC SULFATO	SELLO	55 mg	1 ENVASE x 1 sello	1.30

## **ANEXO M**

### **PADRÓN DE PRESTADORES MEDICOS Y ODONTÓLOGOS**

- ✓ **El ISS-SEMPRE entrega a EL COLEGIO/CAMARA SOPORTE PAPEL Y MAGNETICO** donde consta apellido y nombre, matricula provincial y profesión (medico u odontólogo) de cada profesional adherido.

## **ANEXO N**

### **PROCEDIMIENTOS DE FACTURACIÓN**

El pago que efectúe el ISS-SEMPRE según las especificaciones realizadas en la Cláusula NOVENA del presente convenio, no importa la conformidad con la facturación elevada por EL COLEGIO/CAMARA y la dispensación de los medicamentos efectuada por los farmacéuticos integrantes del padrón consolidado, sino que se considerarán siempre y en todos los casos como pagos a cuenta de mayor y/o menor monto final mensual.

La determinación del monto total y definitivo de la facturación mensual que se trate, quedará sometida a la auditoria que con exclusividad efectúe el ISS-SEMPRE dentro de los sesenta días de presentada, quién en caso de encontrar incumplimientos a las normas de cobertura prevista en la Cláusula CUARTA, en las normas de dispensación y presentación de las facturaciones previstas en los Anexos C y E del presente convenio, procederá al débito del monto erróneamente facturado.

Los débitos y/o créditos resultantes de la Auditoria posterior a la presentación de la facturación se efectuarán en los pagos subsiguientes. Los débitos se clasifican en refacturables y no refacturables y su enumeración y detalle se encuentran en el Anexo C.

La realización de débitos identificados en el Anexo C como NO REFACTURABLES implica el no pago de la receta, su anulación y su devolución al prestador cuando se trate de un débito total.

Cuando por los procesos normales de liquidación el ISS-SEMPRE deba retener en forma definitiva una receta que contenga un débito parcial NO REFACTURABLE, deberá permitir la realización del proceso de fotocopiado de la misma con costo a cargo del solicitante, abonando la parte pertinente de la receta no alcanzada por el débito.

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.

Una vez terminada la auditoria y antes de aplicar los débitos que de ella surjan, el ISS-SEMPRE convocará al COLEGIO/CAMARA para que, a través de sus Auditores, verifiquen la procedencia de los mismos.

El ISS-SEMPRE realizará una liquidación correspondiente para formular los débitos de recetas. En la misma deberá especificar el periodo de facturación al que corresponde el débito, la farmacia prestadora, el número interno de la receta rechazada u observada, el importe y el motivo del mismo.

Una vez efectuados los débitos y/o créditos correspondientes al mes que se trate, el ISS-SEMPRE determinará el importe final y definitivo de la prestación mensual, debiendo EL COLEGIO/CAMARA dar conformidad plena y fehaciente a la liquidación efectuada. Esto sin perjuicio de que una vez recibida la liquidación, los farmacéuticos y/o el COLEGIO/CAMARA puedan realizar los reclamos que correspondan dentro los plazos y la modalidad de presentación previstos en la presente.

## **ANEXO O**

### **LECHES ENTERAS**

El ISS-SEMPRE abonará por UNIDAD el VALOR que a continuación se especifica según la PRESENTACIÓN:

- ENVASE X 400 g \$ 5,00 (Precio a PVP. \$ 6,90)
- ENVASE X 800 g \$ 9,75 (Precio a PVP: \$ 14,90)

En forma mensual o cuando las variaciones del mercado lo indiquen, se actualizará el precio de venta al público de las leches enteras (NIDO o equivalente).

## **ANEXO P**

### **VACUNA ANTIGRIPAL: CAMPAÑA ANUAL**

La/s vacuna/s antigripal/es incluida/s en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRE 2005 así como las especialidades medicinales no incluidas, cuya aparición se deba a razones epidemiológicas al momento establecido por la norma de vacunación.

Autorizado por el ISS-SEMPRE será abonado según los valores pactados en el Anexo P, el que se conformará durante el mes de Febrero de cada año.

## **ANEXO Q**

### **PATOLOGÍAS CRÓNICAS Y MEDICAMENTOS. DIABETES Y MEDICAMENTOS**

#### **PATOLOGIAS CRONICAS**

Las siguientes PATOLOGIAS CRONICAS estarán identificadas en la CREDENCIAL correspondiente.

#### **A) Enfermedades Cardiovasculares:**

- Hipertensión Arterial Esencial (I10)
- Hipertensión Arterial Secundaria (I15)
- Insuficiencia Coronaria (I20)
- Cardiopatía Isquémica (I25)
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva (I50.0)
- Insuficiencia Cardíaca (I50)
- Infarto Agudo de Miocardio (I21)
- Arritmias (I49.9)
- 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(F29)

#### **E) Enfermedades Inflamatorias Crónicas y Enfermedades Reumáticas:**

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

#### **F) Enfermedades Oftalmológicas:**

- Glaucoma (H40.9)

#### **G) Enfermedades Endocrinas y Metabólicas:**

- Hipertiroidismo (E05)
- Hipotiroidismo (E03.9)
- Insuficiencia Suprarrenal o Enfermedad de Addison (E27.1)

**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.

<p>MEDICAMENTOS CON COBERTURA 70%          POR MONTO FIJO (MF)          PARA PATOLOGIAS CRONICAS</p>
--

Los medicamentos que reciben esta cobertura, se ordenan en dos (2) categorías que se detallan a continuación:

**A) MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPEUTICO DE ISS-SEMPRE 2005**

<b>CODIF. ATC</b>	<b>MEDICAMENTO</b>
A07EC01.A	SULFASALAZINA (SALICILAZOSULFAPIRIDINA)
A07EC02.A	MESALAZINA ( <b>CON AUDITORIA PREVIA</b> )
B01AA03.A	WARFARINA SODICA CRISTALINA
B01AA07.A	ACENOCUMAROL
B01AB05.A	ENOXAPARINA ( <b>CON AUDITORIA PREVIA</b> )
B01AC06.A	ACIDO ACETILSALICILICO 100 mg y 325 mg
C01AA05.A	DIGOXINA
C01BA01.A	QUINIDINA SULFATO
C01BB02.A	MEXILETINA CLORHIDRATO
C01BC03.A	PROPAFENONA CLORHIDRATO
C01BC04.A	FLECAINIDA ACETATO
C01BD01.A	AMIODARONA CLORHIDRATO
C01DA02.A	NITROGLICERINA
C01DA08.A	DINITRATO DE ISOSORBIDE
C01DA14.A	MONONITRATO DE ISOSORBIDE
C02AB01.A	ALFA METILDOPA
C03AA03.A	HIDROCLOROTIAZIDA
C03AX01.A	HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA CLORHIDRATO
C03BA04.A	CLORTALIDONA
C03CA01.A	FUROSEMIDA
C03CA01.B	FUROSEMIDA DIETILAMINOETANOL
C03DA01.A	ESPIRONOLACTONA
C07AA05.A	PROPRANOLOL CLORHIDRATO
C07AB03.A	ATENOLOL
C07AG02.A	CARVEDILOL
C08CA01.A	AMLODIPINA
C08CA05.A	NIFEDIPINA (forma de liberación controlada)
C08DA01.A	VERAPAMILO
C08DB01.A	DILTIAZEM CLORHIDRATO
C09AA02.A	ENALAPRIL MALEATO
C09CA01.A	LOSARTAN
C10AA01.A	SIMVASTATIN ( <b>CON AUDITORIA PREVIA</b> )
C10AA03.A	PRAVASTATIN ( <b>CON AUDITORIA PREVIA</b> )
C10AB04.A	GEMFIBROZIL ( <b>CON AUDITORIA PREVIA</b> )
C10AC01.A	COLESTIRAMINA ( <b>CON AUDITORIA PREVIA</b> )
C10AD02.A	ACIDO NICOTÍNICO ( <b>CON AUDITORIA PREVIA</b> )
H03AA01.A	LEVOTIROXINA SODICA
H03AA02.A	L-TRIIODOTIRONINA SODICA (LIOTIRONINA SODICA)
H03BA02.A	PROPILTIOURACILO
H03BB02.A	METIMAZOL
M01CX97.A	CLOROQUINA

M01CX98.A	HIDROXICLOROQUINA SULFATO
M01CX99.A	METOTREXATO
M04AA01.A	ALLOPURINOL
M04AC01.A	COLCHICINA
N03AA02.A	FENOBARBITAL
N03AB02.A	FENITOINA
N03AB02.B	FENITOINA CALCICA
N03AB02.C	FENITOINA SODICA
N03AD01.A	ETOSUXIMIDA
N03AE01.A	CLONAZEPAM
N03AF01.A	CARBAMAZEPINA
N03AG01.A	ACIDO VALPROICO
N03AG01.B	DIVALPROATO DE MAGNESIO
N03AG01.C	DIVALPROATO DE SODIO
N03AX09.A	LAMOTRIGINA
N04AA01.A	TRIHEXIFENIDILO CLORHIDRATO
N04AA02.A	BIPERIDENO CLORHIDRATO
N04BA02.A	LEVODOPA Y BENSERAZIDA
N04BA02.B	LEVODOPA Y CARBIDOPA
N04BB01.A	AMANTADINA
N04BC01.A	BROMOCRIPTINA
N05AA01.A	CLORPROMAZINA
N05AA02.A	LEVOMEPRIMAZINA
N05AB06.A	TRIFLUOPERAZINA
N05AD01.A	HALOPERIDOL
N05AH02.A	CLOZAPINA
N05AN01.A	LITIO CARBONATO
N05AX08.A	RISPERIDONA
R01AC01.A	ACIDO CROMOGLICICO (CROMOGLICATO DISODICO)
R03AC02.A	SALBUTAMOL
R03AC12.A	SALMETEROL
R03BA01.A	BECLOMETASONA DIPROPIONATO
R03BA02.A	BUDESONIDA
R03BB01.A	IPRATROPIO BROMURO
R03CC02.A	SALBUTAMOL
R03DA04.A	TEOFILINA ANHIDRA
S01EB01.A	PILOCARPINA CLORHIDRATO
S01EB01.B	PILOCARPINA NITRATO
S01EC03.A	DORZOLAMIDA
S01ED01.A	TIMOLOL
S01ED01.B	TIMOLOL MALEATO

**B) MEDICAMENTOS DE EXCEPCION PARA PATOLOGIAS CRONICAS AL 70 %  
(MF) – ANEXO DE ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS -**

<b>CLASIF. ATC</b>	<b>MEDICAMENTO</b>
B01AB06.A	NADROPARINA (CON AUDITORIA PREVIA)
B01AC04.A	CLOPIDOGREL (CON AUDITORIA PREVIA)
C03BA11.A	INDAPAMIDA
C07AB02.A	METOPROLOL
C09AA01.A	CAPTOPRIL
C10AA05.A	ATORVASTATIN (CON AUDITORIA PREVIA)

C10AB02.A BEZAFIBRATO (CON AUDITORIA PREVIA)  
 L04AA99.A LEFLUNOMIDA  
 M04AB03.A BENZOBROMARONA  
 N03AF02.A OXCARBAMACEPINA (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N03AG04.A VIGABATRIM (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N03AX11.A TOPIRAMATO (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N03AX12.A GABAPENTINA (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N04BC02.A PERGOLIDA (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N04BC05.A PRAMIPEXOL (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N04BX02.A ENTOCAPONA (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N05AH03.A OLANZAPINA (CON AUDITORIA PREVIA)  
 N05AD06.A BROMPERIDOL  
 N05AG02.A PIMOZIDA  
 R03AC03.A TERBUTALINA  
 R03AC13.A FORMOTEROL  
 R03AK06.A SALMETEROL + FLUTICASONA  
 R03BA05.A FLUTICASONA  
 R03DC03.A MONTELUKAST (CON AUDITORIA PREVIA)  
 S01ED02.A BETAXOLOL  
**S01ED05.A BRIMONIDINA S01EA05.A**  
 S01EX03.A LATANOPROST (CON AUDITORIA PREVIA)

**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- COBERTURA 100%- PLAN B2.2-**

<b>CODIF. ATC</b>	<b>MEDICAMENTO</b>
A10AB01.A	INSULINA HUMANA ACCION RAPIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AB02.A	INSULINA BOVINA ACCION RAPIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AB03.A	INSULINA PORCINA ACCION RAPIDA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AB04.A	INSULINA LISPRO (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AC01.A	INSULINA HUMANA ACCION INTERMEDIA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AC02.A	INSULINA BOVINA ACCION INTERMEDIA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AC03.A	INSULINA PORCINA ACCION INTERMEDIA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AE01.A	INSULINA HUMANA ACCION LENTA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AE02.A	INSULINA BOVINA ACCION LENTA (CON AUDITORIA PREVIA)
A10AE03.A	INSULINA PORCINA ACCION LENTA (CON AUDITORIA PREVIA)

A10BA02.A METFORMINA CLORHIDRATO **(CON AUDITORIA PREVIA)**  
A10BB01.A GLIBENCLAMIDA **(CON AUDITORIA PREVIA)**  
A10BB07.A GLIPIZIDA **(CON AUDITORIA PREVIA)**  
V07AD97.A REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA CETONURIA **(CON AUDITORIA PREVIA)**  
V07AD98A REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCEMIA **(CON AUDITORIA PREVIA)**  
V07AD99.A REACTIVOS PARA LA DETERMINACION DE LA GLUCOSURIA **(CON AUDITORIA PREVIA)**

**B) MEDICAMENTOS DE EXCEPCION AL 70 % POR MONTO FIJO - ANEXO DE ALTERNATIVAS – PLAN B2.5-**

<b>CLASIF. ATC</b>	<b>MEDICAMENTO</b>
A10BB12.A	GLIMEPIRIDA <b>(CON AUDITORIA PREVIA)</b>
A10BF01.A	ACARBOSA <b>(CON AUDITORIA PREVIA)</b>
A10BX02.A	REPAGLINIDA <b>(CON AUDITORIA PREVIA)</b>
A10BX03.A	NATEGLINIDA <b>(CON AUDITORIA PREVIA)</b>

TODOS LOS AFILIADOS QUE PRESENTEN UN CARNET DE CRONICOS Y/O DE DIABETICO DEBERAN PRESENTAR SUS PRESCRIPCIONES EN RECETARIO CELESTE EMITIDO POR ISS-SEMPRE.

EI ISS-SEMPRE PODRA AUTORIZAR EN RECETARIO COLOR BLANCO ALGUNO DE LOS MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN ESTE ANEXO PARA AFILIADOS NO EMPADRONADOS COMO CRONICOS PARA LO QUE DEBERA CONTAR CON LA AUTORIZACION CORRESPONDIENTE.

**ANEXO I RESOLUCION GENERAL N° 252/05**

acr.-