

*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*

*"El Río Atuel también es Pampeano"*

Expediente nº 128501-3-0-0.-

SANTA ROSA, 28 FEB 2020

**VISTO:**

La Resolución General nº 252/05 y sus modificatorias, mediante la cual se implementó el Sistema de Asistencia Farmacéutica Ambulatoria vigente y la Resolución General nº 816/19 que aprobó el Formulario Terapéutico SEMPRE 2019; y de las Recomendaciones de Uso y Modelo de Prescripción SEMPRE 2019 y la Resolución General nº 815/19 que modificó CLAUSULA CUARTA, Plan B2: Diabetes Mellitus de los Convenios de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias y sus Actas Complementarias, suscriptos por la Presidencia del ISS con los prestadores farmacéuticos, y sus modificatorias; y

**CONSIDERANDO:**

Que el mencionado sistema fue instituido para los afiliados al SEMPRE con la finalidad de mejorar la calidad, el nivel de cobertura y mecanismos de acceso a las prestaciones farmacéuticas ambulatorias;

Que dicha Asistencia Farmacéutica Ambulatoria se ha plasmado en el Convenio de Prestaciones Farmacéuticas suscripto con los prestadores y aprobado por la Resolución General nº 252/05, donde figuran los planes de cobertura, los procedimientos técnico administrativos y las normas de dispensa pertinentes del modelo prestacional vigente;

Que dichos cambios se relacionan con la actualización y con en el texto general de los convenios que hace referencia a normativa fuera de vigencia;

Que el Formulario Terapéutico del SEMPRE es un instrumento constitutivo de referencia de las coberturas de los Planes de dicho convenio;

Que las modificaciones operadas en el mercado farmacéutico con motivo de las altas y bajas de productos determinantes de las opciones de marca comercial que disponen los afiliados sobre los medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico del SEMPRE, justifican la actualización de productos comerciales que incluye;

Que en razón del notorio aumento de precios de los medicamentos en los últimos años, determinantes del monto fijo a cargo del SEMPRE de los equivalentes farmacéuticos sobre los que se realiza la dispensa y que subsidiariamente define de acuerdo al producto seleccionado por el afiliado, el nivel final de la cobertura alcanzada, tanto para medicamentos de uso eventual como para aquellos destinados a patologías crónicas incluidos en el Formulario Terapéutico del SEMPRE, resulta necesaria la actualización de cobertura de SEMPRE;

Que la evidencia científica que soporta las recomendaciones de uso de los medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico del SEMPRE, ha sufrido modificaciones en cuanto a las indicaciones, modalidad de su empleo o restricciones de uso de algunos fármacos por lo que resulta necesario modificar y difundir las recomendaciones de uso actualizadas;



///.-

///.-

Que por las innovaciones producidas en el mercado farmacéutico con motivo del registro de nuevos fármacos con eficacia y seguridad acreditada que responden a los criterios de selección adoptados por SEMPRES, resulta necesaria la actualización científica del Formulario Terapéutico del SEMPRES 2019, que refleje dichas incorporaciones; como así también del Anexo Q modificado por la Resolución General 816/19;

Que los cambios operados en el mercado de las sustancias de contraste radiológico y la necesidad de actualizar la cobertura de dichos productos a cargo de SEMPRES imponen modificar el Anexo D – Sustancias de Contraste Radiológico de la Resolución General 816/19;

Que con el objeto de establecer una cobertura promedio que posibilite amortiguar y prolongar la cobertura ante los futuros aumentos de precios, se ha determinado en muchos casos un Monto Fijo promedio superior al Precio de Venta al Público (PVP), de los medicamentos del menor precio. En estos casos SEMPRES reconocerá hasta el (PVP);

Que interviniendo las distintas áreas del SEMPRES, se han determinado las modificaciones y la conformación del “Formulario Terapéutico SEMPRES 2020”; y de las “Recomendaciones de Uso y Modelo de Prescripción SEMPRES 2020”, las que en un futuro serán incorporadas en soporte magnético para su uso y notificación a prestadores;

Que resulta necesario modificar la norma de aplicación incluida en la CLAUSULA CUARTA - Plan B2: Diabetes Mellitus, Plan B2.1 incorporando el medicamento Dulaglutida, de los convenios mencionados, modificada por la Resolución General 815/19;

Que han intervenido Asesoría Letrada y Auditoría Interna, no teniendo objeciones que realizar;

**POR ELLO y en uso de las facultades conferidas por el artículo 11° inciso n) de la N.J.F. n° 1170 (t.o. 2000);**

**EL PRESIDENTE “AD REFERENDUM”**

**DEL DIRECTORIO DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**DE LA PROVINCIA DE LA PAMPA**

**RESUELVE:**

**ARTICULO 1°.-** Apruébase a partir del 1 de marzo de 2020 el Formulario Terapéutico SEMPRES 2020, constitutivos del Anexo A de la  
///.-

PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
ES COPIA FIEL  
Conste - Santa Rosa:  
28 FEB. 2020  
RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL



*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*  
*"El Río Atuel también es Pampeano"*

///.-

Asistencia Farmacéutica Ambulatoria vigente, que reemplaza en todo su alcance al Formulario Terapéutico SEMPRES 2019, que fuera aprobado por la Resolución General nº 816/19; y de las Recomendaciones de Uso y Modelo de Prescripción SEMPRES 2020, que reemplazan las oportunamente aprobadas por la Resolución General nº 816/19 en el marco de los convenios de prestaciones farmacéuticas ambulatorias aprobados por la Resolución General nº 252/05.-

**ARTICULO 2º.-** Apruébase la edición del Formulario Terapéutico SEMPRES 2020, y de las Recomendaciones de Uso y Modelo de Prescripción SEMPRES 2020, información incluida en soporte magnético, cuyo respaldo en soporte papel obra en el Expediente nº 128501-3-0-0.-

**ARTICULO 3º.-** Reemplázase a partir del 1 de marzo de 2020 el Anexo Q – Patologías Crónicas y Medicamentos. Diabetes y Medicamentos, de los Convenios de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias y sus Actas Complementarias, de acuerdo al Anexo I que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 4º.-** Reemplázase a partir del 1 de marzo de 2020 el Anexo D – Sustancias de Contraste Radiológico establecido por la Resolución General nº 252/05, de acuerdo al Anexo II que forma parte de la presente.-

**ARTICULO 5º.-** Apruébase la modificación a los Convenios de Prestaciones Farmacéuticas Ambulatorias y sus Actas Complementarias, suscriptos por la Presidencia del ISS con los prestadores farmacéuticos en su CLAUSULA CUARTA, Plan B2: Diabetes Mellitus, quedando redactado de la siguiente manera:

**Plan B2: Diabetes Mellitus (Códigos: E 10 – E 11 y hasta E 14)**

Plan B2.1: Insulinas y sus análogos, liraglutida, dulaglutida, glucagón y tiras reactivas incluidas en el Formulario Terapéutico del ISS-SEMPRES. Cobertura cien por ciento (100%) con Auditoria Previa (AP) y autorización.

**ARTICULO 6º.-** Se determina de acuerdo al considerando correspondiente que cuando el Monto Fijo es superior al Precio de Venta al Público se reconocerá hasta el valor de este último. Asimismo, con el objeto de beneficiar a los afiliados que seleccionan los productos con mayor cobertura, se determina no ajustar a la baja el monto fijo a cargo del SEMPRES, en los casos que este supere el Precio de Venta al Público sugerido al momento del cálculo realizado, absorbiendo dicho valor los futuros aumentos de precios, debiendo el SEMPRES enviar a los prestadores cuatrimestralmente los ajustes producidos por esta razón para la dispensa, grabación de la información y la facturación resultante.-

**ARTICULO 7º.-** Regístrese, publíquese y pase al Servicio Médico Previsional a sus efectos.-

RESOLUCION GENERAL Nº

849 /20.

cag.-



  
C.P.M. INGRID A. TAVELLA  
PRESIDENTE

PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
~~ES COPIA FIEL~~  
Conste - Santa Rosa:

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL

*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*  
*"El Río Atuel también es Pampeano"*

Expediente nº 128501-3-0-0.-

**ANEXO I**

**ANEXO Q**

**Asistencia Farmacéutica Ambulatoria**

**PATOLOGIAS CRÓNICAS Y MEDICAMENTOS. DIABETES Y MEDICAMENTOS**

**PATOLOGIAS CRÓNICAS**

**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 Cardiacas (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.(287.X1)

**B) Enfermedades Respiratorias:**

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

**C) Enfermedades Neurológicas:**

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

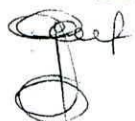
**D) Enfermedades Psiquiátricas:**

- 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)

7



PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

**ES COPIA FIEL**  
Conste Santa Rosa:

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL



*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*  
*"El Río Atuel también es Pampeano"*

- Síndrome de Sjögren (M35.0)
- Polimialgia Reumática (M35.3)
- Artropatías psoriásicas y enteropáticas (M07)
- Colitis Ulcerosa (K51)
- Enfermedad de Crohn (K50)

**F) Enfermedades Oftalmológicas:**

- Glaucoma (H40)

**G) Enfermedades Endócrinas 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)

**L) Enfermedades Dermatológicas:**

- Psoriasis (L40)

**Nota:** se ha mantenido la clasificación CIE X utilizada por 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.

**MEDICAMENTOS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPEUTICO DEL ISS-SEMPRE.**

ATC	MEDICAMENTO
A07EA06.A	BUDESONIDA
A07EC01.A	SULFASALAZINA (SALICILAZOSULFAPIRIDINA)
A07EC02.A	MESALAZINA
B01AA03.A	WARFARINA SODICA CRISTALINA
B01AA07.A	ACENOCUMAROL
B01AB01.A	HEPARINA CALCICA
B01AB05.A	ENOXAPARINA SODICA - USO NORMALIZADO -
B01AB06.A	NADROPARINA CALCICA -USO NORMALIZADO-
B01AC04.A	CLOPIDOGREL
B01AC06.A	ACIDO ACETILSALICILICO (100 a 325 mg)
B01AE07.A	DABIGATRAN ETEXILATO -USO NORMALIZADO-
B01AF01.A	RIVAROXABAN -USO NORMALIZADO-
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

*f*  
*Prof*

PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
**ES COPIA FIEL**  
Consta - Santa Rosa:

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL



*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*  
 "El Río Atuel también es Pampeano"

C03AA03.A	HIDROCLOROTIAZIDA
C03AX01.A	HIDROCLOROTIAZIDA Y AMILORIDA CLORHIDRATO
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 E 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 E HIDROCLOROTIAZIDA
C09CA01.A	LOSARTAN
C09CA03.A	VALSARTAN
C09CA06.A	CANDESARTAN CILEXETIL
C09CA07.A	TELMISARTAN
C09DA01.A	LOSARTAN E HIDROCLOROTIAZIDA
C09DA03.A	VALSARTAN E HIDROCLOROTIAZIDA
C09DA06.A	CANDESARTAN E HIDROCLOROTIAZIDA
C09DA07.A	TELMISARTAN E HIDROCLOROTIAZIDA
C10AA01.A	SIMVASTATIN
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 NORMALIZADO-
D05BB02.A	ACITRETINA -USO NORMALIZADO -
H03AA01.A	LEVOTIROXINA SODICA
H03AA02.A	L-TRIIODOTIRONINA SODICA (LIOTIRONINA SODICA)

7

*[Handwritten signature]*

PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
~~ES COPIA FIEL~~  
Conste - Santa Rosa

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL



*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*  
 "El Río Atuel también es Pampeano"

H03BA02.A	PROPILTIOURACILO - S.F.C. -
H03BB02.A	METIMAZOL
H03CA99.A	SOLUCION DE LUGOL - S.F.C. -
L04AA99.A	LEFLUNOMIDA
M01CC01.A	PENICILAMINA - USO NORMALIZADO-
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 NORMALIZADO-
N03AX09.A	LAMOTRIGINA
N03AX11.A	TOPIRAMATO -USO NORMALIZADO-
N03AX14.A	LEVETIRACETAM -USO NORMALIZADO-
N03AX18.A	LACOSAMIDA -USO NORMALIZADO-
N04AA01.A	TRIHEXIFENIDILO CLORHIDRATO
N04AA02.A	BIPERIDENO CLORHIDRATO
N04BA02.A	LEVODOPA Y BENSERAZIDA
N04BA02.B	LEVODOPA Y CARBIDOPA
N04BB01.A	AMANTADINA
N04BC01.A	BROMOCRIPTINA -SFC-
N04BC05.A	PRAMIPEXOL DICLORHIDRATO -USO NORMALIZADO-
N04BX02.A	ENTACAPONA
N05AA01.A	CLORPROMAZINA
N05AA02.A	LEVOMEPROMAZINA
N05AB06.A	TRIFLUOPERAZINA
N05AD01.A	HALOPERIDOL
N05AD06.A	BROMPERIDOL -S.F.C.-
N05AG02.A	PIMOZIDA
N05AH02.A	CLOZAPINA -USO NORMALIZADO-
N05AH03.A	OLANZAPINA -USO NORMALIZADO-
N05AH04.A	QUETIAPINA
N05AN01.A	LITIO CARBONATO
N05AX08.A	RISPERIDONA -USO NORMALIZADO-
N05AX12.A	ARIPIPRAZOL
R03AC02.A	SALBUTAMOL

7



PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
**ES COPIA FIEL**  
Conste - Santa Rosa:

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL

*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*  
 "El Río Atuel también es Pampeano"

R03AC03.A	TERBUTALINA SULFATO
R03AC13.A	FORMOTEROL FUMARATO
R03AK06.A	SALMETEROL Y FLUTICASONA PROPIONATO
R03AK07.A	BUDESONIDA Y 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 Y DORZOLAMIDA CLORHIDRATO
S01EE01.A	LATANOPROST
S01EE04.A	TRAVOPROST

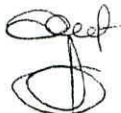
**DIABETES MELLITUS - PLAN B2 -**

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

- 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)

**MEDICAMENTOS Y TIRAS REACTIVAS INCLUIDOS EN EL FORMULARIO TERAPEUTICO DEL ISS-SEMPRE.**

ATC	MEDICAMENTO
A10AB01.A	INSULINA HUMANA ACCION RAPIDA -USO NORMALIZADO-
A10AB04.A	INSULINA LISPRO -USO NORMALIZADO-
A10AB05.A	INSULINA ASPARTATO -USO NORMALIZADO-
A10AB06.A	INSULINA GLULISINA -USO NORMALIZADO-
A10AC01.A	INSULINA HUMANA ACCION INTERMEDIA -USO NORMALIZADO-

*f*  


PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

**ES COPIA FIEL**  
Conste - Santa Rosa:

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL



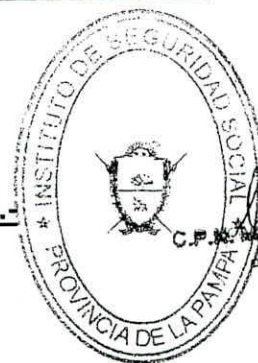
*Provincia de La Pampa*  
*Instituto de Seguridad Social*  
 "El Río Atuel también es Pampeano"

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

ANEXO I RESOLUCION GENERAL N°

849 /20.-

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*  
 C.P. FIGUEROA, TAVELLA  
 PRESIDENTE

PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL  
**ES COPIA FIEL**  
Conste - Santa Rosa

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL

Expediente nº 128501-3-0-0.-

ANEXO II

ANEXO D

SUSTANCIAS DE CONTRASTE

SUSTANCIAS DE CONTRASTE PARA RX IODADOS

SUSTANCIAS DE CONTRASTE PARA RX DE ALTA OSM SOLUBLE EN AGUA Y NEPROTROPICOS

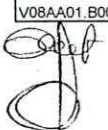
Clas ATC	Genérico	Producto Comercial	Forma Farmaceutica	Concetración	Presentación	PVP	Cobertura SEMPRE	Autorización
A06	LAXANTES							
A06A	LAXANTES							
A06AD	LAXANTES OSMOTICOS							
A06AD15.A	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	60						
A06AD15.A001	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	OSTILAX	Polvo	13,12 g	1 Envase x 10 sobres	1046,30	630,00	A
A06AD15.A002	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	OSTILAX	Polvo	13,12 g	1 Envase x 30 sobres	2745,37	1700,00	A
A06AD15.A003	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	LAXUAVE BALANCE	Polvo	17 g	1 Envase x 5 sobres	384,34	400,00	A
A06AD15.A004	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	LAXUAVE BALANCE	Polvo	17 g	1 Envase x 12 sobres	731,06	780,00	A
A06AD15.A005	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	BAREX UNIPEG	Polvo	17 g	1 Envase x 12 sobres	1858,93	780,00	A
A06AD15.A006	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	TRACTOLAX	Polvo	17 g	1 Envase x 14 sobres	1876,80	850,00	A
A06AD15.A007	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	BAREX UNIPEG	Polvo	17 g	1 Envase x 24 sobres	3346,26	1750,00	A
A06AD15.A008	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	TRACTOLAX	Polvo	17 g	1 Envase x 28 sobres	3472,65	2100,00	A
A06AD15.A009	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	BAREX UNIPEG	Polvo	17 g	1 Envase x 30 sobres	4182,86	2200,00	A
A06AD15.A010	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	BAREX S	Polvo	86 g	1 Envase x 24 sobres	974,23	600,00	A
A06AD15.A011	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	BAREX S	Polvo	86 g	1 Envase x 50 sobres	2015,60	1200,00	A
A06AD15.A012	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	BAREX 70	Polvo	60 g	1 Envase x 1000 ml	670,03	450,00	A
A06AD15.A013	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350)	BAREX SABORIZADO	Polvo	60 g	1 Envase x 4000 ml	2358,34	1500,00	A
A06AD65.A	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350) EN COMBINACION CON BISACODILO	60						
A06AD65.A001	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350) EN COMBINACION CON BISACODILO	BAREX KIT	Polvo	60 g	2 Envases + 4 comp	2404,46	1500,00	A
A06AD65.A002	MACROGOL (POLIETILENGLICOL 3350) EN COMBINACION CON BISACODILO	TRACTODUO	Polvo	220 g	1 Envase + 4 comp	2080,51	1500,00	A
V08	MEDIOS DE CONTRASTE							
V08A	MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO IODADOS							
V08AA	MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO, ALTA OSMOLARIDAD, NEFROTÓPICOS Y SOLUBLES EN AGUA							
V08AA01.A	DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	60						
V08AA01.A001	DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	DENSOPAX H.S.G.	INYECTABLE	53.2 g %	1 F.A. (SOL) x 20 ml	1202,33	720,00	A
V08AA01.B	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	60						
V08AA01.B001	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TRIYOSOM 60 MG	INYECTABLE	60 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	1541,56	925,00	A
V08AA01.B002	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TRIYOSOM TOMOGRAFICO	INYECTABLE	(0,60-3,96) g %	1 F.A. (SOL) x 250 ml	2746,15	1650,00	A
V08AA01.B003	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TRIYOSOM C	INYECTABLE	(10-66) g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	1558,73	950,00	A
V08AA01.B004	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TRIYOSOM C	INYECTABLE	(10-66) g %	1 F.A. (SOL) x 100 ml	3011,16	1810,00	A
V08AA01.B005	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TRIYOSOM GI	INYECTABLE	(10-66) g %	1 F.A. (SOL) x 120 ml	2829,06	1850,00	A

Provincia de La Pampa

Instituto de Seguridad Social

"El Rio Atuel también es Pampeano"

7





PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

**ES COPIA FIEL**

Conste - Santa Rosa:

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL

V08AA01.B006	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TRIYOSOM 76 M	INYECTABLE	(36-40) g %	1 F.A. (SOL) x 25 ml	1267,45	760,00	A
V08AA01.B007	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TEMISTAC	Enema/Oral	(6,60 - 1,0) g %	1 Envase x 25 ml	1986,43	1300,00	A
V08AA01.B008	DIATRIZOATO DE SODIO Y DIATRIZOATO DE MEGLUMINA	TEMISTAC	Enema/Oral	(6,60 - 1,0) g %	1 Envase x 120 ml	4164,94	2500,00	A
V08AA01.C	DIATRIZOATO DE SODIO		50					
V08AA01.C001	DIATRIZOATO DE SODIO	TRIYOSOM 50	INYECTABLE	50 g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	1603,32	960,00	A
V08AA05.B	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA Y POVIDONA		50					
V08AA05.B001	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA Y POVIDONA	TELEBRIX HYSTERO	INYECTABLE	(55.1-14) g %	1 F.A. (SOL) x 20 ml	2144,72	1300,00	A
V08AA05.C	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA E IOXITALAMATO DE SODIO		50					
V08AA05.C001	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA E IOXITALAMATO DE SODIO	TELEBRIX CORONARIO	INYECTABLE	(65.1-9.7) g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	2782,27	1680,00	A
V08AA05.C002	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA E IOXITALAMATO DE SODIO	TELEBRIX CORONARIO	INYECTABLE	(65.1-9.7) g %	1 F.A. (SOL) x 100 ml	5372,40	3300,00	A
V08AB	MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO, BAJA OSMOLARIDAD, NEFROTOPICOS Y SOLUBLES EN AGUA		60					
V08AB03.A	IOXITALAMATO DE MEGLUMINA E IOXALATO DE SODIO		60					
V08AB03.A001	IOXAGALATO DE MEGLUMINA E IOXAGLATO DE SODIO	HEXABRIX	INYECTABLE	(39.3-19.6) g %	1 F.A. (SOL) x 50 ml	6455,33	3900,00	A
V08AB03.A002	IOXAGALATO DE MEGLUMINA E IOXAGLATO DE SODIO	HEXABRIX	INYECTABLE	(39.3-19.6) g %	1 F.A. (SOL) x 100 ml	12539,15	7600,00	A
V08AD	MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO NO SOLUBLES EN AGUA							
V08B	MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO NO IODADOS							
V08BA	MEDIOS DE CONTRASTE RADIOLOGICO CONTENIENDO SULFATO DE BARIO		60					
V08BA01.A	BARIO SULFATO		60					
V08BA01.A001	BARIO SULFATO	E Z CAT	SUSPENSION	4.6 g %	1 ENVASE x 225 ml	2837,15	1750,00	A
V08BA01.A002	BARIO SULFATO	GASTROPAQUE F	SUSPENSION	66 g %	1 ENVASE x 300 ml	3037,69	1900,00	A
V08BA01.A003	BARIO SULFATO	GASTROPAQUE S	POLVO	95.7 g %	1 ENVASE x 300 g	2837,15	2000,00	A
V08BA01.A004	BARIO SULFATO	GASTROPAQUE S	POLVO	95.7 g %	1 ENVASE x 340 g	3489,45	2400,00	A
V08BA01.A005	BARIO SULFATO	BARIO DIF CITRATADO	POLVO RECTAL	94 g %	1 ENVASE x 266 g	2746,35	1840,00	A
V08BA01.A006	BARIO SULFATO	GASTROPRO CON ACCESO	SUSP.RECTAL	55 g %	1 ENVASE x 500 ml	3912,30	2450,00	A
V08BA01.A007	BARIO SULFATO	SULFEAR	SUSP.RECTAL	55 g %	1 ENVASE x 500 ml	3846,06	2450,00	A
V08BA01.A008	BARIO SULFATO	GASTROPAQUE F	SUSP.RECTAL	66 g %	1 ENVASE x 500 ml	4914,35	2950,00	A

ANEXO II RESOLUCION GENERAL 849/20.-

*[Handwritten signature]*



*[Handwritten signature]*  
C.P.N. MIGUEL A. TAVELLA  
PRESIDENTE

Provincia de La Pampa  
 Instituto de Seguridad Social  
 "El Río Atuel también es Pampeano"

PROVINCIA DE LA PAMPA  
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL

ES COPIA FIEL

Consta - Santa Rosa.

28 FEB. 2020

RAUL EDUARDO ORTIZ  
SECRETARIO GENERAL