

1 INGRESO al sistema

Acceder con usuario y contraseña proporcionados por el ISJ. Si aún no los solicitó, ingrese [aquí](#).



2 VALIDAR Credencial del Afiliado

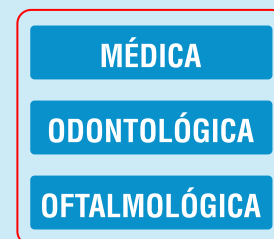
Al ingresar el N° y hacer clic en validar, se verifica el estado de la credencial y la situación afiliatoria de la persona.



3 EMITIR CONSULTA

Al hacer clic en la opción deseada, se verifica si el afiliado posee consultas habilitadas.

SELECCIONE EL TIPO DE CONSULTA



Seleccione el tipo de CONSULTA

4 IMPRIMIR Orden de Consulta

Superados los pasos anteriores, se visualiza el comprobante de la validación para su impresión, firma del afiliado y posterior facturación por los canales habituales.

INSTITUTO DE SEGUROS DE AJUAY
Calle Carretera 1810-771-SALUD (721818)
www.isg.pu.ric / info@isg.pu.ric

56-004547003 N° de Orden
Fecha Emisión: 15/04/2020 18:43

SANATORIO NUESTRA SRA. DEL

Afiliado: **AFILIADO DE PRUEBA** Edad: 19
Cui: 2999999998 079431 - 01 / 1
Repartición: 700109 INSTITUTO DE SEGUROS DE AJUAY

100 01.42.01.01	CONSULTA MEDICA DIURNA	1	\$	400,00
-----------------	------------------------	---	----	--------

NORMAL TOTAL ORDEN: \$ 400,00
A cargo IS: 82,50% 330,00
A cargo Afiliado: 17,50% 70,00

COSEGURO: \$ 70,00

Firma Afiliado/Aclaración Fecha

A COMPLETAR POR EL PRESTADOR PARA LA FACTURACION
Diagnóstico CIE-10: 

Firma Profesional/Aclaración y Matriculación

Orden de CONSULTA

ALTERNATIVA DE REGISTRO MANUAL

Si opta por no imprimir los comprobantes de la validación, puede registrarlos manualmente en planilla habilitada para tal fin. Si no la posee, descargar e imprimir de [aquí](#).

INSTITUTO DE SEGUROS DE AJUAY
Calle Carretera 1810-771-SALUD (721818)
www.isg.pu.ric / info@isg.pu.ric

SISTEMA DE VALIDACION Y EMISION DE CONSULTAS AMBULATORIAS ON-LINE

INFORMACION CONSULTA	FECHA	AFILIADO	FIRMA Y ACLARACION AFILIADO	CENTRO DE ATENCION		PRESTADOR MEDICO						
				MATRICULA	APPELLIDO Y NOMBRE	MATRICULA	APPELLIDO Y NOMBRE	MODELO	PRACTICA	A CARGO DE	DIAG. CIE-10	
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	- /	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

IMPORTANTE: Este Formulario debe utilizarse como alternativa a la impresión del voucher de Orden de Consulta.
Finalizado el registro de la totalidad de los datos requeridos, gestionar su Facturación por los canales habituales.

Firma y Sello del Prestador Médico

N° de Orden
Planilla para registrar manualmente los resultados del PASO 4