

1 INGRESO al sistema

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

Instituto de Seguros de Jujuy

Bienvenido

Usuario

Lugar de Atención

Contraseña

ACEPTAR

[¿Olvidó su contraseña? / Modificar clave](#)

USUARIO
CONSULTORIO PARTICULAR

SALIR

PRÁCTICA

Clic para AUTORIZAR

2 CONFIRMAR Credencial del Afiliado

Al ingresar el N° y hacer clic en **Validar**, se verifica el estado de la credencial.

Ingrese N° Credencial (sin espacios):

Validar

Ingrese N° de Credencial

N° de Credencial: 1100 0078 3851 2

Clic para VALIDAR

3 SELECCIÓN DE PRÁCTICAS

Agregar y Autorizar prácticas para emitir.

USUARIO
INSTITUTO DE RADIOLOGÍA

SALIR

AFILIADO: JUAN JOSÉ PÉREZ CUIL: 2025353917 EDAD: 42

PRESTADOR: 350221 INSTITUTO DE RADIOLOGÍA 33571321969

Prácticas a validar:

Acción	Nombre	Práctica	Módulo	Cantidad
Quitar				

Clic para Quitar

VOLVER AUTORIZAR Clic para Autorizar

Selección de práctica:

Acción	Num.	Práctica	Módulo
Agregar			
Agregar			
Agregar			

Clic para Agregar

4 EMITIR Orden de Atención

AUTORIZADO

Seleccionar EMITIR para generar PDF de orden de atención autorizada.

RECHAZADO

Llamar al 0810-777-72583 / Opción 3 para solicitar Autorización.

Prácticas a emitir:

Resultado	Nomen.	Práctica	Módulo	Cantidad	Imp. Honor.	Imp. Gastos	Imp. TOTAL	Imp. Coseguro
Autorizado								
Autorizado								
Rechazado								

VOLVER

EMITIR

Clic para Emitir

5 IMPRIMIR Orden de Atención

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 JUJUY
Calle General 1015/1077 (Salta) (25040)
www.isg.gov.ar - info@isg.gov.ar Fecha Emisión: 15/04/2020 18:43

56-004547003

SANATORIO NUESTRA SRA. DEL

Afiliado: **AFILIADO DE PRUEBA** Edad: 19
Cul: 29909090909 079431 - 01 / 1
Repartición: 700109 INSTITUTO DE SEGUROS DE JUJUY

100 01.42.01.01 CONSULTA MEDICA DIURNA 1 \$ 400,00

NORMAL TOTAL ORDEN: \$ 400,00
A cargo ISI: 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 Matrícula

N° de Orden

Orden de CONSULTA