

470 OSPIL AMPIL

OBRA SOCIAL PARA LA INDUSTRIA LECHERA

Fecha de vigencia: 27/06/25

NRO.: 69

DATOS GENERALES

- **TIPO DE CONVENIO**
.CAPITADO (respetar estrictamente fecha de presentación del calendario)
- **AUTORIZACION TELEFONICA / ON LINE**
.Todos los planes.
.El N° de afiliado a cargar deberá ser el número que figura en la credencial
.Virtual de OSPIL.
.Ej: 2727447566340 (13 dígitos)
.Todos los afiliados deben estar incluidos en el padrón vigente.

TICKET DE VENTA

- **TICKET DE VENTA**
.Se debe adjuntar copia del ticket fiscal de venta o minireceta a c/receta.

RECETARIO

- **TIPO**
.No Oficial membretado (no sello) del médico tratante o membretado (sin sello) institucional (sanatorios, centros médicos, hospitales, emergencias médicas, dispensarios, SAMCO o similar). No se aceptarán recetarios con propaganda médica

.SE ACEPTA:
.Recetario electrónico o digital que cumpla con requisitos de identificación (código de barra, QR, N° de receta), con firma y sello del profesional prescriptor en formato electrónico o digital.
.Recetario electrónico o digital pre-impreso que no cumple con requisitos de identificación (código de barra, QR, N° de receta) con firma del profesional prescriptor de puño y letra y sello con número de matrícula
.Recetario manuscrito con firma del profesional prescriptor de puño y letra y sello con número de matrícula.
- **VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**
.30 días corridos.

BENEFICIARIO

- **DATOS DEL AFILIADO**
.Apellido y Nombre del beneficiario
.Denominación de la Obra Social
.Número de beneficiario
- **ACREDITACION**
.Credencial Virtual.
.Documento de identidad
.Receta electrónica/digital, electrónica/digital preimpresa original o manuscrita original.
.Plan Materno Infantil: Certificado de PMI

COBERTURAS

470 OSPIL AMPIL**OBRA SOCIAL PARA LA INDUSTRIA LECHERA**

Fecha de vigencia: 27/06/25

NRO.: 69

• PLANES DE ATENCION

.08 OSPIL GENERAL	D/Vad. 40 70 ó 100 % Según validación online.
.09 AMPIL GENERAL	D/Vad. 20 % Según validación online.
.10 AUTORIZACIONES ESPECIALES	40 70 ó 100 % Según Autorización.
.11 CRONICO GENERAL	D/Vad. 40 70 ó 100 % Según validación online.

NORMAS DE PRESTACION**• CANTIDADES RECONOCIDAS**

- .Hasta 2 productos distintos por receta.
- .Hasta 1 envase por producto
- .Hasta 1 grande por renglón.
- .Hasta 6 antibióticos inyec. monodosis.
- .Hasta 1 antibiótico inyec. multidosis.
- .Tope mensual: 4 envases por afiliado.

• TROQUELADO

- .Se requiere troquel con código de barras. Adjuntar de acuerdo al orden de prescripción. Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).

• VADEMECUM

- .Vademécum OSPIL Básico / Básico Crónico / Básico PMI
- .Vademécum OSPIL Superador / Superador Crónico / Superador PMI

• PROHIBICIONES

- .Todos los productos fuera de vademécum, que no cuenten con una autorización especial de la Obra Social.

• RECONOCIMIENTOS

- .Ley Provincial de reemplazo por Genérico.

OBSERVACIONES

PARA LA LIQUIDACION LA FARMACIA DEBERÁ PRESENTAR TODOS LOS RECETARIOS FISICOS O IMPRESOS, CON LOS TROQUELES ADJUNTOS Y TICKET DE VALIDACION

.Deben figurar los siguientes datos:

• Datos de identificación del paciente:

Nombre y Apellido
Obra Social
N° OSPIL
Fecha de nacimiento *
DNI *
Sexo *

• Datos de identificación del médico o profesional de la salud*:

Nombre y Apellido*
Profesión*
Especialidad*
Domicilio*

• Medicamentos identificados por su nombre genérico o denominación común

470 OSPIL AMPIL**OBRA SOCIAL PARA LA INDUSTRIA LECHERA****Fecha de vigencia: 27/06/25****NRO.: 69**

.internacional, pudiendo contener el nombre comercial del medicamento e
 .indicando presentación, forma farmacéutica y cantidad de unidades.

•Diagnóstico*

.Fecha de emisión

.Fecha de vigencia: 30 días corridos para los medicamentos-

.Firma y sello con número de matrícula del profesional

*no excluyente para recetario electrónico o digital pre impreso y para
 recetario manuscrito.

.Toda corrección o enmienda debe estar salvada por el médico con sello y
 .firma.

.En los casos de recetario electrónico o digital pre impreso y recetario
 .manuscrito, si el profesional actuante omite dígitos o transcribe

.erróneamente el N° de beneficiario, la farmacia podrá salvarlo en la receta
 .original con el N° de beneficiario de la credencial, sello y firma de la
 .farmacia.

.PLAN MATERNO INFANTIL: presentar obligatoriamente el CERTIFICADO DE PMI.

.Cobertura para la madre desde el momento del diagnóstico positivo de
 .embarazo y hasta 30 días posteriores al parto. Para el recién nacido
 .hasta el año de vida.

.Para los recién nacidos las recetas se prescribirán y se validarán con el
 .número de afiliado de la madre hasta cumplir el primer mes.

.Modelos Certificado PMI

.Emitido por MEDICO TRATANTE: Datos obligatorios:

.Fecha

.Apellido y Nombre del beneficiario

.Denominación de la Obra Social con número de beneficiario

.Diagnóstico de embarazo / recién nacido

.Fecha probable de parto (para la madre)

.Fecha de vencimiento del PMI

.Firma y sello con número de matrícula del profesional tratante

.Firma y sello con número de matrícula del Médico Auditor OSPIL

Certificado de Plan Materno Infantil (Madre)

Fecha de emisión:

División geográfica:

CERTIFICO que APELLIDO NOMBRE, Beneficiario OSPIL N° XXXXXXXXXXXXXXXX, ha
 presentado las constancias que diagnostican embarazo* con fecha probable de
 parto dd/mm/aaaa, extendiéndose el presente CERTIFICADO de PMI hasta el
 dd/mm/aaaa (un mes posterior a la fecha de parto) con validez en forma
 individual para la afiliada y el recién nacido hasta el primer mes de vida.

Firma y sello con número de matrícula del Medico Auditor OSPIL

470 OSPIL AMPIL**OBRA SOCIAL PARA LA INDUSTRIA LECHERA**

Fecha de vigencia: 27/06/25

NRO.: 69

*Las constancias son:

1. prueba biológica o inmunológica de embarazo positiva.
2. Ecografia gineco obstétrica

Certificado de Plan Materno Infantil (Recién Nacido)

Fecha de emisión:

División geográfica:

CERTIFICO que APELLIDO NOMBRE, N° DNI Beneficiario XXXXXXXX, ha presentado el DNI con fecha de nacimiento dd/mm/aaaa, extendiéndose el presente CERTIFICADO de PMI hasta el dd/mm/aaaa (un mes posterior a la fecha de nacimiento) con validez en forma individual el recién nacido.

Firma y sello con número de matrícula del Medico Auditor OSPIL

.AUTORIZACIONES ESPECIALES: Los productos fuera de VDM, mayores porcentajes de cobertura o mayores cantidades por receta o por afiliado podrán ser .expendedos siempre que se encuentren autorizados exclusivamente por los .médicos auditores incluidos en la nómina adjunta.
 .La receta estará autorizada cuando se indique de puño y letra AUTORIZADO .(sobre la receta original o copia de la misma)detallando si lo que se .autoriza es el RP1 o RP2 , RP1 y RP2, % de cobertura OSPIL (AMPIL tendrá .cobertura 0%) con sello de Médico Auditor OSPIL con número de matrícula y .firma

APELLIDO Y NOMBRE	TIPO MATRICULA	N° MATRICULA
ARNIDIS Jorge Andres	MN	133814
BORDA Marco Antonio	MP	4613
QUISPE Cintia	MN	134141
ROSSO Franco Luciano	MN	155293
TARDIVO Daniel Rafael	MP	2200

• **RECORDATORIO**

.De la persona que retira los medicamentos deberá figurar Firma, Aclaración .Domicilio y Tipo y Número de Documento.