



OBRA SOCIAL:

**OSPIL AMPIL**

Nombre Completo: Obra Social del Personal de la Industria Lechera

Asociación Mutual del Personal de la Industria Láctea.

N° de CUIT: 30-58419478-9 Cód. del O.S.: 11050

Dirección: Avda. Independencia 3332 – Cap. Fed.

DESCUENTO:	OSPIL	AMPIL	Afiliado
Básico OSPIL AMPIL	40%	30%	30%
Básico crónico OSPIL AMPIL	40%	30%	30%
Básico crónico OSPIL	70%-100%	----	30% - ----
Básico PMI OSPIL AMPIL	40% - 70% - 100%	30% - ----	30% - 30% - ----
Básico PMI OSPIL	40% - 70% - 100%	----	60% - 30% - ----
Superador OSPIL AMPIL	40%	30%	30%
Superador crónico OSPIL AMPIL	40%	30%	30%
Superador crónico OSPIL	70%-100%	----	30% - ----
Superador PMI OSPIL AMPIL	40% - 70% - 100%	30% - ----	30% - 30% - ----
Superador PMI OSPIL	40% - 70% - 100%	----	60% - 30% - ----
Autorizaciones especiales	40% - 70% - 100%	----	60% - 30% - ----

**TIPO DE RECETARIO:**

Oficial: No Otros: Si (1)

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 30 días corridos entre prescripción y dispensa.**TROQUELADO:** SI (con código de barras). El troquel debe ser adherido de acuerdo al orden de prescripción con goma de pegar (no utilizar ni broches ni cinta adhesiva).**FECHA DE EXPENDIO:** SI**ACLARACIÓN FIRMA MÉDICO Y N° MATRICULA:**

Sello: SI

Manuscrito : NO (salvo que el sello sea ilegible)

**ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:**

Letras: SI Números: SI

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el Médico: SI

Por el Farmacéutico: SI

Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

**DEL RESUMEN:**

Carátula: On Line.

Cantidad: 1 (uno)

Presentación: Mensual

Facturación: Por separado (OSPIL – OSPIL/AMPIL – PMI).

**Plazo de presentación de facturaciones:** Toda receta no presentada en el mes correspondiente podrá ser presentada hasta los 60 días posteriores contados a partir de la fecha de presentación, pasado dicho plazo serán rechazadas.**Las refacturaciones** tendrán un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de recepción de los débitos por parte de la farmacia.**VALIDACION: OBLIGATORIA****COBERTURA DEL SERVICIO:** Toda la Provincia de Buenos Aires.**DE LA PRESCRIPCIÓN:**

Cantidad Máxima de:

**PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos)****UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)****TAMAÑOS POR RECETA:** Hasta 2 (dos) envases (medianos o grandes), por receta. Los medicamentos de única presentación serán considerados como del 1° tamaño. - Uno por renglón. No es necesaria la leyenda Tratamiento Prolongado.

Si no indica tamaño se debe dispensar el menor del vademécum.

Si indica tamaño grande, deberá entregarse el siguiente al de menor tamaño del vademécum.

**Antibióticos Inyectables:**

Env. Indiv.: 6 (seis) - Multidosis: 1 (uno).

**Limite cantidades por mes:** Ver cuadro al dorso.**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**

Por validación on line se indican productos y coberturas incluidos en cada vademécum, según el Plan del beneficiario (OSPIL, OSPIL-AMPIL, PMI, Básico, Superador, Crónico).

**HIPOGLUCEMIANTES ORALES:** 100% de descuento a cargo de OSPIL para los hipoglucemiantes orales incluidos en el vademécum sólo para los afiliados crónicos.**AUTORIZACIONES ESPECIALES:**No se podrá expender ningún tipo de medicamento fuera del vademécum o con mayor descuento, salvo expresa autorización de alguno de los siguientes **médicos auditores:** (Ver observaciones)

ALEKSANDROFF, Ariel	MP	27287
ARAGONE, María Natalia	MP	58730
COCHA, Hugo Hernan	MP	27622/1
<b>DE ESPOSITO DANIEL</b>	<b>MN</b>	<b>992014</b>
DELLA PAOLERA Mabel	MP	220664
DODORICO Eduardo	MP	70927
FERNANDEZ Marisel	MP	22785/4
FERRERO Alicia Susana	MP	16855
FORNERIS Sergio Omar	MP	23478
GALLIARI Julio César	MP	695
GIANDINOTO Virginia	MN	69044
IRIBARNE DAVALOS Luis	MN	94080
JORDAN Mariel Susana	MP	70996
JORDAN Mariel Susana	MN	115745
KOHEN Adrian	MP	26404
KOHEN Adrian	MN	46898
LACONISI Pablo	MN	29663
LLAHYAH Ricardo	MP	1477
PALOMO Diego Martín	MP	2072
PEREYRA Hernan Cesar	MP	10614
RACCA Ricardo blas	MP	9689/2
RECAGNO Guillermo Federico	MP	6570
RIVAS Jesus Alberto	MP	15612
RODRIGUEZ SANCHEZ Gabriela	MN	78900
ROJO Enrique Alfonso	MP	15558
ROSSO Franco Luciano	MN	155293
RUIZ JIMENEZ Ana María	MP	5624
<b>SABATE Gabriela</b>	<b>MN</b>	<b>154022</b>
SALVETTI, Martin Rodolfo	MP	30864/7
SARSANO José Luis	MP	1808
SCAFFINO María Mercedes	MP	224801
SCOCCO Danilo Gualberto	MP	5296
SEDLAR Dardo Andres	MP	4997
SESSAREGO Horacio	MP	15587/8
SOLDANO Juan Luis	MP	1946
SOLDANO Juan Luis	MN	56612
SOLDANO Marcelo Javier	MP	2767
TARDIVO Daniel Rafael	MP	2200
TRAVASCIO Maria Filomena	MP	15990
VECCHIO Maria Laura	MP	114517
VIJODITZ Claudio Armando	MN	56625
VILLALBA Viviana Estela	MN	103694

## ANEXO INFORMACIÓN N° 18/17 – S.U.

**OBSERVACIONES:**

(1) **RECETARIO:** No oficial membretado del médico tratante o membretado de Instituciones (Sanatorios, Centros médicos, Hospitales, Emergencias médicas, dispensarios, SAMO o similar). No se aceptan recetarios de propaganda médica.

La Obra Social Primaria es **OSPIL**, quedando **AMPIL** como **Coseguro**.

**DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO:**

PLAN	OSPIL	AMPIL
<b>BASICO</b>	Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO), DNI y receta original.	Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde también se indique el N° de afiliación a AMPIL, DNI y receta original.
<b>BASICO CRONICO</b>	Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC), DNI y receta original.	Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) y también se indique el N° de afiliación a AMPIL, DNI y receta original.
<b>BASICO PMI</b>	Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO), DNI, certificado de PMI y receta original.	
<b>SUPERADOR</b>	Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS), DNI y receta original.	Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA y también se indique el N° de afiliación a AMPIL), DNI y receta original.
<b>SUPERADOR CRONICO</b>	Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC), DNI y receta original.	Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) y también se indique el N° de afiliación a AMPIL, DNI y receta original.
<b>SUPERADOR PMI</b>	Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) o PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA), DNI, certificado PMI y receta original.	
<b>AUTORIZACIONES ESPECIALES</b>	Credencial de cualquier plan, DNI y receta original autorizada por Médico Auditor.	

# ANEXO INFORMACIÓN N° 18/17 – S.U.

Mayo 2017

## Dorso de: OSPIL AMPIL

**PMI:** Cobertura de los productos **incluidos en el vademécum** para la madre desde el diagnóstico de embarazo y hasta 30 días posteriores al parto y para el recién nacido hasta el año de vida. Para el caso de beneficiarios recién nacidos, las recetas se prescribirán y se validarán con el número de afiliado de la madre hasta cumplir el primer mes, momento que el menor deberá estar empadronado. Quedan excluidas todo tipo de leches maternizadas, medicamentosas y/o enteras.

Se deberá presentar **obligatoriamente**, el certificado PMI que se emitirá en un recetario membretado (no sello) del médico tratante o membretado (no sello) institucional donde deberán figurar los siguientes datos de puño y letra: Fecha, Apellido y Nombre del beneficiario, Denominación de la obra Social con número de beneficiario, Diagnóstico de embarazo, Fecha probable de parto, Fecha de vencimiento del PMI (para facilitar la atención de la farmacia), Firma y sello con número de matrícula de profesional tratante, Firma y sello con número de matrícula del Médico Auditor OSPIL (para certificar la pertenencia del afiliado al PMI).

• **LA RECETA**

**La prescripción deberá ser conformada mediante firma y sello con n° de matrícula del médico tratante;** deberá poseer Apellido y Nombre, edad y N° del Beneficiario, medicamentos recetados según Ley 25649 con cantidad de c/u en números y letras y fecha de prescripción. Se acepta sugerencia de marca.

**Se aceptan recetas con los datos de los afiliados y la prescripción (ambos o alguno de ellos) impresos desde una computadora, debiendo estar sellada y firmada por el médico**

Todos estos datos deberán figurar en forma clara y legible. Todo tipo de corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma. De no ser así será causa de débito.

Las recetas deberán ser completadas por el profesional farmacéutico en donde deberá colocar: fecha de dispensación, N° de orden, sello de la Farmacia y firma del profesional responsable. Deben contar con la firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento.

Adjuntar copia de ticket o presupuesto o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, importes a cargo de la obra social y del afiliado y fecha de dispensa, caso contrario la receta deberá ser valorizada.

• **AUTORIZACIONES ESPECIALES:**

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.

• **EXCLUSIONES:**

Quedan excluidos todos los afiliados que no se encuentren vigentes en el padrón de validación on line.

Quedan excluidos todos los medicamentos que no se encuentren dentro de las vademécums vigentes según validador on line o no cuenten con una autorización especial del médico auditor.

• **LIMITES DE CANTIDADES POR MES:**

PLAN	TOPE
BASICO BASIO PMI SUPERADOR SUPERADOR PMI	Hasta 4 (cuatro) envases por afiliado por mes según validación on-line. Una vez superado este límite, el afiliado deberá solicitar una autorización Especial en la Obra Social. Los productos crónicos al 40% podrán sumar el 30% de AMPIL hasta 3 envases por afiliado durante 6 meses a partir del 1° envase consumido. Al superarse este límite, si el afiliado no presenta credencial de crónico el descuento de AMPIL será del 0%. El validador advertirá que se le indique al afiliado que debe dirigirse a la Seccional OSPIL para tramitar su alta al Plan Crónico.
BASICO CRONICO SUPERADOR CRONICO	Sin límite de cantidad

### MODELO DE CREDENCIALES

