

**NORMAS DE ATENCION PARA LOS BENEFICIARIOS DE:**  
**OSPIL (Obra Social del Personal de la Ind. Lechera)**  
**AMPIL (Asoc. Mutual del Personal de la Ind. Láctea)**  
**Vigencia 01/04/2024**

| PLANES                | DESCUENTOS <sup>1</sup>                                        |                                               | DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO <sup>2</sup>                                                  |                                                                                                                                               |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                       | OSPIL                                                          | AMPIL                                         | OSPIL                                                                                        | AMPIL                                                                                                                                         |
| <b>BASICO</b>         | 40% para productos del VDM PLAN BASICO                         | 20% para productos del VDM PLAN BASICO        | Credencial virtual OSPIL PLAN BASICO (PBO)                                                   | Credencial virtual OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde también se indique el N° de afiliación a AMPIL                                               |
|                       |                                                                |                                               | Documento de Identidad<br>Receta Original                                                    |                                                                                                                                               |
| <b>BASICO CRONICO</b> | 70% o 100% para productos crónicos del VDM PLAN BASICO CRONICO | Sin cobertura                                 | Credencial virtual OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) | Credencial virtual OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) y tambien se indique el N° de afiliación a AMPIL |
|                       | 40% el resto de los productos del VDM PLAN BASICO CRONICO      |                                               | Documento de Identidad<br>Receta Original                                                    |                                                                                                                                               |
| <b>BASICO PMI</b>     | 70% o 100% para los productos del VDM PLAN BASICO PMI          | Sin cobertura                                 | Credencial virtual OSPIL PLAN BASICO (PBO)                                                   |                                                                                                                                               |
|                       | 40% el resto de los productos del VDM PLAN BASICO PMI          |                                               | Documento de Identidad<br>Certificado PMI<br>Receta Original                                 |                                                                                                                                               |
| <b>SUPERADOR</b>      | 40% para los productos del VDM PLAN SUPERADOR                  | 20% para los productos del VDM PLAN SUPERADOR | Credencial virtual OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS)                                             | Credencial virtual OSPIL PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA) y tambien se indique el N° de afiliación a AMPIL                                      |
|                       |                                                                |                                               | Documento de Identidad<br>Receta Original                                                    |                                                                                                                                               |

|                                  |                                                                   |               |                                                                                                                 |                                                                                                                                                            |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SUPERADOR CRONICO</b>         | 70% o 100% para productos crónicos del VDM PLAN SUPERADOR CRONICO | Sin cobertura | Credencial virtual OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC)              | Credencial virtual OSPIL PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) y tambien se indique el N° de afiliación a AMPIL |
|                                  | 40% el resto de los productos del VDM PLAN SUPERADOR CRONICO      | 20%           | Documento de Identidad<br>Receta Original                                                                       |                                                                                                                                                            |
| <b>SUPERADOR PMI</b>             | 70% o 100% para los productos del VDM SUPERADOR PMI               | Sin cobertura | Credencial virtual OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) o PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA)                               |                                                                                                                                                            |
|                                  | 40% el resto de los productos del VDM PLAN SUPERADOR PMI          | 20%           | Documento de Identidad<br>Certificado PMI<br>Receta Original                                                    |                                                                                                                                                            |
| <b>AUTORIZACIONES ESPECIALES</b> | 40% o 70% 100 % según autorizacion                                | Sin cobertura | Credencial virtual de cualquier plan<br>Documento de Identidad<br>Receta Original autorizada por Médico Auditor |                                                                                                                                                            |

<sup>1</sup> Por validación on-line se indica productos y coberturas incluidos en cada VDM.

<sup>2</sup> Se adjuntan modelos de todos los tipos de credenciales virtuales y certificado PMI.

#### RECETARIO

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

**VALIDEZ:** 30 días corridos desde la fecha de prescripción por el médico.

Deben figurar los siguientes datos:

- \* Fecha de prescripción
- \* Apellido y Nombre del beneficiario
- \* Denominación de la Obra Social con número de beneficiario <sup>1</sup>
- \* Diagnóstico (no excluyente)
- \* Medicamentos prescritos por nombre genérico según ley 25.649; y cantidad de c/u en números y letra, aceptando sugerencia de marca.
- \* Firma de puño y letra y sello con número de matrícula del profesional.
- \* Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

<sup>1</sup> 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 virtual, sello y firma de la farmacia.

**IMPORTANTE: La ausencia de estos datos en la receta es Motivo de Débito.**

**LIMITES DE CANTIDADES**

|                                      |                           |
|--------------------------------------|---------------------------|
| CANTIDAD DE RENGLONES:               | 2 (Dos)                   |
| CANTIDAD DE ENVASES POR RENGLON:     | Hasta 1 (un) envase       |
| CANTIDAD DE ENVASES POR RECETA:      | Hasta 2 (Dos) envases     |
| ANTIBIOTICOS INYECTABLES MONODOSIS:  | Hasta 6 (Seis) por receta |
| ANTIBIOTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS: | Hasta 1 (uno) por receta  |

**LIMITES DE CANTIDADES POR MES**

|                        |                                                                                                                                                                                |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PLAN BASICO            | 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. |
| PLAN BASICO PMI        |                                                                                                                                                                                |
| PLAN SUPERDOR          |                                                                                                                                                                                |
| PLAN SUPERADOR PMI     |                                                                                                                                                                                |
| PLAN BASICO CRONICO    | Sin límite de cantidad                                                                                                                                                         |
| PLAN SUPERADOR CRONICO |                                                                                                                                                                                |

**OTRAS ESPECIFICACIONES**

|                          |                                 |
|--------------------------|---------------------------------|
| <b>Cuando el Médico:</b> | <b>Deberá Entregarse:</b>       |
| No indica Tamaño         | El de menor tamaño              |
| Si indica Tamaño Grande  | El Siguiendo al de Menor Tamaño |

**PSICOFARMACOS**

El profesional debe confeccionar además un segundo recetario de acuerdo a las normas legales en vigencia, el cual queda como duplicado en poder de la farmacia.

No tiene validez la receta fotocopiada.

**VALIDACION on-line**

Todas las recetas de todos los planes deberán validarse on-line.

La validación de afiliado se realizará ingresando el N° de beneficiario indicado en la credencial virtual todo seguido sin guiones.

Recuerde que toda transacción on-line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento deberá ser cancelada para evitarle inconvenientes al afiliado en su próxima compra.

#### DATOS A CUMPLIMENTAR POR LA FARMACIA

\* Adjuntar los troqueles del siguiente modo:

De acuerdo al orden de prescripción.

Incluyendo el código de barras.

Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).

\* Número de orden de la receta.

\* Fecha de Venta.

\* Precios unitarios y totales (Tomando como valor el sugerido en el Manual Farmacéutico o Agenda Farmacéutica Kairos). Las correcciones de precios deben estar salvadas por el beneficiario.

\* Consignar los importes: Total, A CARGO de OSPIL y AMPIL, A CARGO Afiliado.

\* Sello y firma de la farmacia.

\* Firma del afiliado o tercero, aclarando la persona que retira nombre completo, domicilio, teléfono y documento

\* Adjuntar copia del ticket de venta a la receta. En caso de no poder hacerlo notifique por escrito las razones.

\* Adjuntar constancia de validación on-line con los datos de dispensa y firma

Si a la receta se adjunta la constancia de validación on-line impresa donde constan todos los datos requerido en este ítem con firma, aclaración y N° de documento del beneficiario o tercero, la farmacia podrá omitir consignar los importe manualmente.

**IMPORTANTE: La ausencia de estos requerimientos en la liquidación es Motivo de Débito.**

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, salvo las refacturaciones que tendrán un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de recepción de los débitos, por parte de la farmacia, para su refacturación.

#### PLAN MATERNO INFANTIL

**Presentación obligatoria de Certificado de PMI según modelo adjunto.**

Para la madre desde el momento del diagnóstico positivo del 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.

#### AUTORIZACIONES ESPECIALES

Los productos fuera de VDM, mayores porcentajes de cobertura o mayores cantidades por receta o por afiliado podrán ser expendidos 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.

#### EXCLUSIONES

Quedan excluidos todos los afiliados que no se encuentren vigentes en el padrón del validador on-line.

Quedan excluidos todos los medicamentos que no se encuentren dentro de los VDM's vigentes según validador on line y no cuenten con una autorización especial del médico auditor.

PLAN BASICO OSPIL



PLAN BASICO OSPIL + AMPIL



PLAN BASICO CRONICO OSPIL



PLAN BASICO CRONICO OSPIL + AMPIL



PLAN SUPERADOR OSPIL



PLAN SUPERADOR OSPIL + AMPIL



PLAN SUPERDOR CRONICO OSPIL



PLAN SUPERADOR CRONICO OSPIL + AMPIL



## MODELO DE CERTIFICADO PMI

Certificado emitido por MEDICO TRATANTE: 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 / 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 emitido por MEDICO AUDITOR: según los siguientes modelos



**Ospil**  
Obra Social Afiliada  
Médico Tratante

**CERTIFICADO DE PLAN MATERNO INFANTIL (PMI)**

Fecha de emisión:  
División gerencia clínica

CERTIFICO que APELLIDO NOMBRE, Beneficiario OSPIL N° XXXXXXXXXX, ha presentado las constancias que diagnosticaron embarazo\* con fecha probable de parto (diagnóstica, ultrasonográfica o presente CERTIFICADO de PMI hasta el diagnóstico) que me presenten 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 Médico Auditor OSPIL.

\*Las constancias son:

1. prueba biológica o ultrasonográfica de embarazo positivo.
2. Ecografía gineco-obstétrica.

**OSPIDA - OBRA SOCIAL PÚBLICA**  
Calle 10 de Agosto 1000  
Bogotá D.C. 110001  
Teléfono: 01 (57) 332 2000  
Fax: 01 (57) 332 2001  
Correo electrónico: ospil@ospil.gov.co



**Ospil**  
Obra Social Afiliada  
Médico Auditor

**CERTIFICADO DE PLAN MATERNO INFANTIL (RECÉN NACIDO)**

Fecha de emisión:  
División gerencia clínica

CERTIFICO que APELLIDO NOMBRE, M° EMI Beneficiario XXXXXXX, ha presentado al EMI con fecha de nacimiento (diagnóstica, ultrasonográfica o presente CERTIFICADO de PMI hasta el diagnóstico) que me presenten a la fecha de nacimiento con validez en forma individual para el recién nacido.

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

**OSPIDA - OBRA SOCIAL PÚBLICA**  
Calle 10 de Agosto 1000  
Bogotá D.C. 110001  
Teléfono: 01 (57) 332 2000  
Fax: 01 (57) 332 2001  
Correo electrónico: ospil@ospil.gov.co

## NOMINA MEDICOS AUDITORES

| APELLIDO Y NOMBRE    | TIPO MATRICULA | N° MATRICULA |
|----------------------|----------------|--------------|
| ARNIDIS Jorge Andres | MN             | 133814       |
| ROSSO Franco Luciano | MN             | 155293       |