

Normas de atención



OSPIL - AMPIL



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



| PLANES | DESCUENTOS (1) | | DESCUENTOS DEL BENEFICIARIO(2) | |
|----------------------------------|---|--------------------------|---|-------|
| | OSPIL | AMPIL | OSPIL | AMPIL |
| SUPERADOR PMI | 70% o 100% para los productos del VDM SUPERADOR PMI 40% el resto de los productos del VDM PLAN SUPERADOR PMI | Sin cobertura 20% | Credencial virtual OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) o PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA) Documento de Identidad Certificado PMI Receta Original | |
| AUTORIZACIONES ESPECIALES | 40% o 70% 100 % según autorización | Sin cobertura | Credencial virtual de cualquier plan Documento de Identidad Receta Original autorizada por Médico Auditor | |

(1) Por validación on-line se indica productos y coberturas incluidos en cada VDM.

(2) 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. DIGITALES: Impresas con sello y firma del médico en original. |
| 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. 1 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.
- 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.
- **La ausencia de estos datos en la receta es Motivo de Débito.**



LÍMITES DE CANTIDADES

| | |
|--|---------------------------|
| CANTIDAD DE RENGLONES | 2 (dos) |
| POR RENGLÓN | Hasta 1 (un) envase |
| POR RECETA | Hasta 2 (Dos) envases |
| ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MONODOSIS | Hasta 6 (Seis) por receta |
| ANTIBIÓTICOS INYECTABLES MULTIDOSIS | Hasta 1 (uno) por receta |

LÍMITES DE CANTIDAD POR MES

| | |
|--|--|
| PLAN BÁSICO PLAN BÁSICO PMI PLAN SUPERADOR PLAN 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. |
| PLAN BÁSICO CRÓNICO PLAN SUPERADOR CRÓNICO | Sin límite de cantidad |

OTRAS ESPECIFICACIONES

- Cuando el medico NO indica tamaño, debe entregarse el de menor contenido.
- Cuando el medico solo indica GRANDE, debe entregarse el tamaño siguiente al menor.



PSICOFÁRMACOS

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.

VALIDACIÓN 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 COMPLETAR POR LA FARMACIA

- Adjuntar los troqueles del siguiente modo:
 1. De acuerdo al orden de prescripción.
 2. Incluyendo el código de barras.
 3. Adheridos con goma de pegar (no utilizar abrochadora ni cinta adhesiva, debido que dificultan la lectura del código de barras).
- N° Orden de 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.
- 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 Re facturación.



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.



MODELO DE CREDENCIALES

PLAN BÁSICO OSPIL



PLAN BÁSICO OSPIL + AMPIL



PLAN BASICO CRÓNICO OSPIL



PLAN BASICO CRÓNICO OSPIL + AMPIL



PLAN SUPERADOR OSPIL



PLAN SUPERADOR OSPIL + AMPIL



PLAN SUPERADOR CRÓNICO OSPIL



PLAN SUPERADOR CRÓNICO OSPIL + AMPIL



MODELO DE CERTIFICADO PMI

Certificado emitido por MÉDICO 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 MÉDICO AUDITOR

según los siguientes modelos:



CERTIFICADO DE PLAN MATERNO INFANTIL (MADRE)

Fecha de emisión:

División geográfica:

CERTIFICO que APELLIDO NOMBRE, Beneficiario OSPIL N° XXXXXXXXXX, 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 Médico Auditor OSPIL.

*Las constancias son:

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

www.atira.org.ar
011-4883-9200
Hipólito Yrigoyen 4056
C1208ABU - CABA

Atíra es la Asociación de Trabajadores de la Industria Láctea de la República Argentina y posee estas áreas: SALUD | EDUCACION | SERVICIOS | FUNDACION



CERTIFICADO DE PLAN MATERNO INFANTIL (RECIENTE 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 para el recién nacido.

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

www.atira.org.ar
011-4883-9200
Hipólito Yrigoyen 4056
C1208ABU - CABA

Atíra es la Asociación de Trabajadores de la Industria Láctea de la República Argentina y posee estas áreas: SALUD | EDUCACION | SERVICIOS | FUNDACION



NOMINA DE MÉDICOS AUDITORES

| APELLIDO Y NOMBRE | TIPO MATRÍCULA | NUMERO DE MATRICULA |
|-----------------------|----------------|---------------------|
| ARNIDIS Jorge Andres | MN | 133814 |
| ROSSO Franco Luciano | MN | 155293 |
| TARDIVO Daniel Rafael | MP | 2200 |
| QUISPE Cintia | MN | 134141 |
| BORDA Marco Antonio | MP | 4613 |

