

**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 01/02/2019**

| PLANES | DESCUENTOS ¹ | | DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO ² | |
|-----------------------|---|---|--|---|
| | OSPIL | AMPIL | OSPIL | AMPIL |
| BASICO | 40% para productos del VDM PLAN BASICO | 30% para productos del VDM PLAN BASICO | Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) | Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde también se indique el N° de afiliación a AMPIL |
| | | | Documento de Identidad Receta Original | |
| BASICO CRONICO | 70% o 100% para productos crónicos del VDM PLAN BASICO CRONICO | Sin cobertura | Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) | Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) y también se indique el N° de afiliación a AMPIL |
| | 40% el resto de los productos del VDM PLAN BASICO CRONICO | 30% | Documento de Identidad Receta Original | |
| BASICO PMI | 70% o 100% para los productos del VDM PLAN 40% el resto de los productos del VDM PLAN BASICO PMI | Sin cobertura 30% | Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO) Documento de Identidad Certificado PMI Receta Original | |
| SUPERADOR | 40% para los productos del VDM PLAN SUPERADOR | 30% para los productos del VDM PLAN SUPERADOR | Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) | Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA) y también se indique el N° de afiliación a AMPIL |
| | | | Documento de Identidad Receta Original | |

| PLANES | DESCUENTOS ¹ | | DOCUMENTACION DEL BENEFICIARIO ² | |
|----------------------------------|---|----------------------|--|---|
| | OSPIL | AMPIL | OSPIL | AMPIL |
| SUPERADOR CRONICO | 70% o 100% para productos crónicos del VDM PLAN SUPERADOR CRONICO | Sin cobertura | Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) donde se indique pertenencia al PLAN CRONICO (PC) | Credencial 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 | 30% | Documento de Identidad Receta Original | |
| 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 30% | Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) o Documento de Identidad Certificado PMI Receta Original | |
| AUTORIZACIONES ESPECIALES | 40% o 70% 100 % según autorizacion | Sin cobertura | Credencial de cualquier plan Documento de Identidad Receta Original autorizada por Medico 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 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.

Cabe aclarar que durante los primeros 3 meses de la implementación de cambio de recetario (desde 01/04/16 al 30/06/16) convivirán el nuevo RECETARIO NO OFICIAL con el antiguo RECETARIO OFICIAL, el cual podrá aceptarse para el expendio con descuento de la Obra Social bajo la vigencia de las presentes normas de atención

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
- * 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 y sello con número de matrícula del profesional.
- * Toda corrección o enmienda deberá estar salvada por el médico con sello y firma.

IMPORTANTE:

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

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.



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

OTRAS ESPECIFICACIONES

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Cuando el Médico: | Deberá Entregarse: |
| No indica Tamaño | El de menor tamaño |
| Si indica Tamaño Grande | El Siguiente 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 validares on-line.

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

Recuerde que toda transacción on-line aprobada, donde no se hizo efectiva la dispensa de un medicamento deberá se 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.

MODELOS DE NUEVAS CREDENCIALES

Cabe aclarar que durante los primeros 3 meses de la implementación de cambio de credencial (desde 01/04/16 al 30/06/16) convivirán las nuevas credenciales con las antiguas credenciales doradas, las cuales podrán aceptarse para el expendio con descuento de la Obra Social bajo la vigencia de las presentes normas de atención.

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

El certificado de PMI 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 / 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

NOMINA MEDICOS AUDITORES