

OSPIL AMPIL

Obra Social del Personal de la Industria Lechera Asociación Mutual del Personal de la Industria Láctea

Cod. O.S. 11050

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): JULIO 2025

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	OSPIL AMPIL
Afiliado	
Básico OSPIL AMPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Básico crónico OSPIL AMPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Básico crónico OSPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Básico PMI OSPIL AMPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Básico PMI OSPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Superador OSPIL AMPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Superador crónico OSPIL AMPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Superador crónico OSPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Superador PMI OSPIL AMPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Superador PMI OSPIL	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE
Autorizaciones especiales	SEGÚN INDIQUE EL SISTEMA DE VALIDACION ON LINE

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).

LÍMITES DE CANTIDAD POR MES	
PLAN BÁSICO	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	
PMI PLAN SUPERADOR	
PLAN SUPERADOR	
PMI	
PLAN BÁSICO CRÓNICO	Sin límite de cantidad
PLAN SUPERADOR CRÓNICO	

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 médicos autorizantes (ver en

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION.

Al momento de validar recetas autorizadas, se deberá ingresar en el campo número de matrícula del sistema, el número de matrícula del médico Autorizante.

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

- **No oficial** membretado (no sello) del médico tratante o membretado (no sello) de Instituciones (Sanatorios, Centros médicos, Hospitales, Emergencias médicas, dispensarios, SAMO o similar). No se aceptan recetarios de propaganda médica.
- **Electrónicos / digitales:** que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, N° de receta), con firma y sello del prescriptor profesional en formato electrónico / digital. El afiliado siempre deberá presentar el recetario en forma IMPRESA.
- **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 del médico tratante, ambos en original; 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.
- Recetario manuscrito:** con firma del profesional prescriptor de puño y letra y sello con número de matrícula del médico tratante, ambos en original; 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.

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.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días corridos entre prescripción y dispensa.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

- 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.

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.

Además de la receta, se deberá presentar **obligatoriamente**, el certificado PMI (modelo al pie).

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.

Listado de Médicos autorizantes:

ARNIDIS Jorge Andrés	MN	133814
BORDA Marco Antonio	MN	4613



ROSSO Franco Luciano	MN	155293
QUISPE Cintia	MN	134141
TARDIVO Daniel Rafael	MP	2200
VATT Claudia Cecilia	MP	6447

**La Obra Social Primaria es OSPIL, quedando AMPIL como Coseguro.
DOCUMENTACION A PRESENTAR POR EL BENEFICIARIO:**

PLAN	OSPIL	AMPIL
BASICO	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.
BASICO CRONICO	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.
BASICO PMI	Credencial OSPIL PLAN BASICO (PBO), DNI, certificado de PMI y receta original.	
SUPERADOR	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.
SUPERADOR CRONICO	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.
SUPERADOR PMI	Credencial OSPIL PLAN SUPERADOR (PBO PS) o PLAN SUPERADOR AMPIL (PBO PSA), DNI, certificado PMI y receta original.	
AUTORIZACIONES ESPECIALES	Credencial de cualquier plan, DNI y receta original autorizada por Médico Auditor.	

MODELOS DE CERTIFICACION

PMI



R.N.O.S. 11050-3

CERTIFICADO DE PLAN MATERNO INFANTIL (MADRE)

Fecha de emisión:

División geográfica:

CERTIFICO que APELLIDO NOMBRE, Beneficiario OSPIL N° XXXXXXXXXXXX, 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

*Las constancias son:

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

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

Atilra es la Asociación de Trabajadores de la Industria Lechera de la Republica Argentina y posee estas áreas: SALUD | EDUCACION | SERVICIOS | FUNDACION



R.N.O.S. 11050-3

CERTIFICADO DE PLAN MATERNO INFANTIL (RECIEN 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 Medico Auditor OSPIL

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

Atilra es la Asociación de Trabajadores de la Industria Lechera de la Republica Argentina y posee estas áreas: SALUD | EDUCACION | SERVICIOS | FUNDACION



COLFARMA
Colegio de Farmacéuticos PBA

Calle 5 n° 966 | La Plata (1900)
Lunes a viernes de 8.45 a 16.30
www.colfarma.org.ar

MODELOS DE CREDENCIALES



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.

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 re-facturaciones tendrán un plazo máximo de 30 días, contados desde la fecha de recepción de los débitos por parte de la farmacia.

CUIT

30-58419478-9

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648