

OSPIL AMPIL

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

Cód. O.S. 11050

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): AGOSTO 2026

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	Sin límite de cantidad
PLAN BÁSICO CRÓNICO	
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

Recetas particulares: Con membrete de médicos particulares y de instituciones (no sello) prescriptas en original, con firma del profesional prescriptor de puño y letra y sello con número de matrícula.
NO ACEPTA RECETARIOS DE PROPAGANDA MEDICA.

Recetario 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.

Recetas electrónicas: acepta prescripciones confeccionadas a través de diferentes plataformas, (habilitadas por el ministerio de Salud según ley 27.753) que cumplan con requisitos de identificación (código de barra, QR, N° de receta).

Las recetas deben indicar que fueron firmadas electrónicamente o digitalmente por el profesional prescriptor (la firma electrónica sustituye legalmente a la firma ológrafa).

El afiliado siempre deberá presentar el recetario en forma IMPRESA.

Datos obligatorios que deben incluir las recetas:

- Apellido y Nombre del beneficiario
- Obra Social
- N.º Afiliado
- Medicamento: identificado por su nombre genérico o denominación común internacional, pudiendo contener el nombre comercial del medicamento e indicando presentación, forma farmacéutica.
- Fecha de emisión
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- N° de afiliado: podrá salvarse en la receta original, escribiendo el número correcto y agregado la firma y sello de la farmacia.
- 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

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 cuentan 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