

## **NORMAS OPERATIVAS MAYO 2017**

**Para su atención, el beneficiario deberá concurrir al prestador con su credencial, DNI, recibo de sueldo y el bono correspondiente (consulta, práctica o internación) emitido por la obra social. La facturación de las prestaciones deberá presentarse como indica el ítem 4 de estas normas.**

### **COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL**

#### **1. COBERTURA MÉDICO ASISTENCIAL**

Están cubiertas todas las **prestaciones incluidas en el PMO y sus modificatorias.**

##### **1.1 COBERTURA AMBULATORIA**

**CONSULTAS MÉDICAS:** LOS BENEFICIARIOS PERTENECIENTES A TODOS LOS PLANES DETALLADOS:

- 1. PBO PSA (Plan Superador + Ampil)**
- 2. PBO PS (Plan Superador )**
- 3. PBO (Plan Básico)**

Deberán presentar un **Bono de Consulta** por cada prestación programada o de urgencia.

**PRÁCTICAS:** LOS BENEFICIARIOS PERTENECIENTES A TODOS LOS PLANES DETALLADOS:

- 1. PBO PSA (Plan Superador + Ampil)**
- 2. PBO PS (Plan Superador)**
- 3. PBO (PLAN Básico)**

Deberán presentar un **Bono de Práctica** junto con la **prescripción emitida por el profesional de cartilla**, que contenga datos del beneficiario, diagnóstico, firma y sello del profesional.

**Las prácticas que requieran autorización**, según complejidad o por superar tope, deberán ser autorizadas en la seccional, será necesario presentar en estos casos un resumen de historia clínica. Una vez aprobadas podrán ser efectuadas.

**PRESTACIONES CONVENIDAS POR CÁPITA:** Para toda consulta o práctica el beneficiario deberá presentar el bono de OSPIL correspondiente.

## **2. COBERTURA Y REQUISITOS PARA TODOS LOS PLANES PRESTACIONES AMBULATORIAS Y EN INTERNACIÓN**

2.1 **PRÁCTICAS NO INCLUIDAS EN EL PMO:** Para solicitar **prácticas diagnósticas o terapéuticas no incluidas en el PMO** el profesional tratante deberá enviarle al auditor médico, de la seccional correspondiente, un resumen de historia clínica. Donde consigne toda la información necesaria que fundamente el pedido de la prestación: **diagnóstico, datos de estudios anteriores, motivo de su solicitud**. La Auditoría Médica es la encargada de evaluar la solicitud, siendo facultad exclusiva de OSPIL su aprobación.

En caso que el valor de la **práctica no haya sido acordado previamente**, el prestador debe enviar además el presupuesto correspondiente, indicando detalle de inclusiones y exclusiones.

2.2 **MEDICAMENTOS, MATERIAL DESCARTABLE Y MATERIAL DE YESO:** Se cubre el 100 % de medicamentos y materiales descartables, tanto en pacientes internados como en atención por guardia, y los utilizados para la realización de prácticas diagnósticas y terapéuticas.

**Sólo se reconocen los productos incluidos en el Vademecum OSPIL**

Cuando el convenio entre las partes se rija por la normativa del Nomenclador Nacional, los rubros mencionados que estén incluidos dentro del concepto “gasto” **no deberán facturarse a OSPIL ni al beneficiario.**

2.3 **MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO:** Los medicamentos oncológicos, para tratamientos de HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, y todos los de alto costo y baja incidencia deben solicitarse a OSPIL, quien se encargará de su provisión o reposición según el caso.

Para ello el profesional tratante deberá completar el formulario “**Solicitud de Medicamentos**” emitido por OSPIL.

2.4 **PRÓTESIS:** Se cubre el 100 % de prótesis e implantes de colocación interna permanente de industria nacional.

**Las prótesis quirúrgicas implantables y material de alto costo deben ser solicitados a OSPIL** quien se encargará de su provisión o reposición según el caso. **Salvo que el convenio aclare expresamente que están incluidas.**

Para ello el profesional tratante deberá completar el formulario **“Solicitud de Prótesis”** emitido por OSPIL.

**El especialista que prescribe debe consignar diagnóstico y tipo de prótesis.** Su indicación debe hacerse por **nombre genérico**, no aceptándose sugerencias de marcas o proveedor.

2.5 **SUSTANCIAS RADIOACTIVAS/DE CONTRASTE:** **Se cubre el 100% de sustancias radioactivas**, según valores de la Comisión Nacional de Energía Atómica, y **sustancias de contraste**, que sean necesarias para la realización de prácticas diagnósticas o terapéuticas autorizadas.

2.6 **PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS:** De acuerdo con lo establecido en la ley 25.649 y sus modificatorias la indicación y/o prescripción de medicamentos, ya sea en pacientes internados o atendidos en forma ambulatoria, debe realizarse por **principio activo** (nombre genérico).

Es necesario que el profesional actuante prescriba exclusivamente los medicamentos incluidos en el **Vademecum OSPIL**.

En caso que sea necesario indicar una monodroga o algún sustitutivo que no esté contemplado en nuestro Vademecum, el profesional deberá comunicar tal circunstancia a la Auditoría Médica de la Obra Social.

Para que nuestros beneficiarios se beneficien con los descuentos correspondientes en las **farmacias adheridas la receta debe contar con los siguientes requisitos:**

- Estar extendida de puño y letra del profesional, con la misma tinta, sin tachaduras ni enmiendas.
- Contener firma, sello y N° de matrícula del profesional.
- Indicar datos del beneficiario: Nombre y Apellido y número de credencial, diagnóstico por la o las patologías del paciente y fecha
- Se aceptan únicamente recetarios membretados de cada profesional.

### 3. COBERTURA EN INTERNACIÓN

Se cubre internación en **habitación compartida**, incluyendo pensión del acompañante en pacientes menores de 15 años inclusive.

3.1 **RECOMENDACIONES GENERALES:** Toda internación deberá ser realizada con diagnóstico de certeza y no por una sintomatología no definida o inespecífica, salvo que el paciente presente un mal estado general que no permita su estudio en forma ambulatoria. Hecho el diagnóstico se procederá a su internación para el tratamiento cuando ésta sea la última alternativa.

Toda internación clínica o quirúrgica que supere el día de internación deberá ser justificada mediante el formulario “**Solicitud Prórroga de Internación**” que la obra social suministrará. En ella el médico tratante deberá completar:

- Días de prórroga
- Estudios o prácticas
- Medicación especial
- Justificación médica

A fin de permitir que el **auditor médico de la obra social** pueda evaluar la calidad de las prestaciones y su efectiva realización.

Lo expuesto se hace extensivo para todo tipo de **internaciones e intervenciones moduladas**.

3.2 **AUTORIZACIONES:** El beneficiario deberá presentar el **Bono de Internación** con la autorización correspondiente. También con cada prórroga, y autorizaciones especiales (prácticas de alta complejidad o medicamentos de alto costo).

3.3 **INTERNACIÓN PROGRAMADA:** El beneficiario concurrirá a la obra social con el pedido de internación confeccionado por un prestador de cartilla, la solicitud de internación debe **confeccionarse** con letra legible, con los datos completos del beneficiario, motivo de internación, diagnóstico, fecha y días probables de la internación, firma y sello del profesional. En la seccional le entregarán al beneficiario la “**Orden de Internación**” y el “**Bono**” para ser presentado ante el prestador.

**Las prórrogas deben solicitarse con 24 horas de antelación**, caso contrario la aprobación quedará sujeta al control de auditoría en terreno o en la auditoría que se realiza durante el proceso de liquidación posterior.

3.4 **INTERNACIÓN DE URGENCIA:** En caso de **internación de urgencia**, el beneficiario concurrirá al prestador con la credencial, DNI, y “**Bono Atención de Urgencia**”. A su ingreso el prestador deberá solicitar la “**Orden de Internación**” en la seccional correspondiente dentro de las 24 horas hábiles posteriores al ingreso.

**Las prórrogas deben solicitarse con 24 horas de antelación**, caso contrario la aprobación quedará sujeta al control de auditoría que se efectúa durante el proceso de la internación y/o de liquidación posterior.

**PRESTACIONES CONVENIDAS POR CÁPITA:** Para toda internación programada o de urgencia el **beneficiario deberá presentar el bono de OSPIL correspondiente**. Ver punto 3.2, 3.3 y 3.4.

## REQUISITOS PARA LA FACTURACIÓN

### 4. REQUISITOS PARA LA FACTURACIÓN

El prestador deberá **emitir factura**, de acuerdo con lo estipulado por la AFIP, a nombre de **OSPIL, CUIT N° 30-58419478-9, IVA RESPONSABLE INSCRIPTO**.

Dicha **facturación será remitida del 1 al 10 de cada mes** a nuestra sede central, sita en **AV. HIPÓLITO YRIGOYEN 4056 (CP. 1208) C.A.B.A.** Correspondiendo a las prestaciones realizadas en el mes anterior.

**No se admitirá facturación de prestaciones que se hayan realizado con más de 60 días anteriores a la fecha de presentación.**

**No se aceptarán refacturaciones de débitos, pasados los seis meses de canceladas las factura originales.**

**Documentación respaldatoria necesaria para la liquidación de prestaciones:**

#### 4.1 INTERNACIÓN SE REQUIERE

- Autorización de internación
- Prórrogas emitidas por OSPIL
- Fotocopia de la historia clínica completa
- Informe de Internación
- Consentimiento Informado firmado por el paciente y el profesional tratante. Internación quirúrgica y estudios invasivos ¿??
- Epicrisis completa (con diagnóstico de ingreso y egreso)

- Certificado de implante original, cuando el material sea provisto y facturado por el prestador. Presentar imagen post implante digitalizada o fotocopia e informe para nuestra auditoría.
- Troqueles de medicamentos
- Sticker de bolsa de transfusión y/o planilla de hemoterapia donde conste N° de bolsa y serología del donante firmada por el Jefe de Hematología.
- En partos y cesáreas adjuntar resultados del FEI.
- Bono OSPIL

#### **4.2 CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS: En la planilla de consultorio OSPIL**

- Nombre, Apellido, y Nro. de beneficiario
- Fecha
- Diagnóstico indicado con códigos de CIE10 obligatorio
- Firma del beneficiario
- Firma y Sello del profesional
- Bono OSPIL

#### **4.3 PRÁCTICAS AMBULATORIAS: En la planilla OSPIL con los siguientes datos:**

- Nombre, Apellido, y Nro. de beneficiario
- Prescripción Médica, con letra legible y sin abreviaturas
- Diagnóstico indicado con códigos de CIE10 obligatorio
- Firma del Beneficiario
- Firma y Sello del profesional solicitante y tratante
- Bono OSPIL
- Consentimiento Informado firmado por el paciente y el profesional tratante, en todos los estudios invasivos (Ej. Endoscopías, Punciones)

#### **4.4 TRATAMIENTOS AMBULATORIOS POR SESIONES: En la planilla OSPIL con los siguientes datos:**

- Nombre, Apellido, y Nro. de beneficiario
- Prescripción Médica
- Diagnóstico indicado con códigos del CIE 10 obligatorio
- Firma del beneficiario por cada sesión
- Fecha de cada sesión

- Firma y sello del profesional solicitante y tratante
- Bono OSPIL

#### **4.5 PRESTACIONES POR CÁPITA: Detalle de la prestación recibida por beneficiario para información estadística, y detalle de lo facturado extracápita con la correspondiente autorización.**

- Nombre, Apellido y Nro. de beneficiario
- Prescripción Médica
- Diagnóstico indicado con códigos del CIE 10 obligatorio
- Firma del Beneficiario
- Firma y Sello del profesional solicitante y tratante
- Bono OSPIL
- Ver requisitos particulares para cada prestación (4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 4.7)

#### **4.6 PRESCRIPCIÓN Y FACTURACIÓN DE ESTUDIOS**

**Los profesionales médicos que prescriban estudios no podrán efectuarlos, con excepción de los que se detallan a continuación:**

- Electrocardiograma/ECG
- Electroencefalograma/EEG
- Papanicolau/PAP
- Colposcopia
- Rectosigmosideoscopia Cepillado del epitelio vaginal cervical para detección de HPV CA in situ
- Monitoreo Fetal
- Oftalmología, todos los estudios
- Audiometría
- Logaudiometría
- Extracción de cuerpo extraño en oído o tapón de cerumen.
- Otomicroscopia
- Otros estudios deben estar autorizados expresamente por nuestra Auditoría Médica.
- En todos los casos deberán estar incluidos en el convenio entre las partes.

#### 4.7 PRESTACIONES QUE REQUIEREN ADJUNTAR INFORME O PROTOCOLO QUIRÚRGICO:

- **Cirugías ambulatorias**
- **Alergia:** Testificación por droga y prácticas no incluidas en el PMO (Prist-Rast, etc.)
- **Anatomía Patológica:** códigos 15.01.01 al 15.01.03 y 15.0105 al 15.01.07 y 15.01.10/11 y 15.02.01/02 del PMO
- **Ecografías**
- **Densitometrías**
- **Doppler**
- **Endoscopías y/o Videoendoscopías**
- **Estudios Genéticos**
- **Cardiología:** Tilt Test, Presurometrías, Holter, Ecocardiograma, Ergometría.
- **Laboratorio:** Determinaciones de Alta complejidad y No Nomencladas.
- **Medicina Nuclear**
- **Neumonología:** estudios funcionales respiratorios (28.01.01 al 28.01.03 y 28.01.07 al 28.01.11)
- **Neurología:** Electromiografías, Polisomnografías, Potenciales Evocados, EEG de Sueño, Holter EEG y Mapeo cerebral.
- **Ginecología Y Obstetricia:** Prácticas Quirúrgicas autorizadas a realizar en consultorio: (11.02.15, 11.02.17, 11.02.19, 11.03.11, 11.03.15 al 17), Cepillado Vaginal o Cervical e Histeroscopías.
- **Oftalmología:** Todos con informe o protocolo quirúrgico
- **Otorrinolaringología:** Fibroscopías o Videoendoscopías
- **Punciones Biopsicas**
- **Resonancia Nuclear Magnética**
- **Spect**
- **Tomografía Axial Computada**
- **Urología:** Fibroscopías con o sin videoscopia , Estudio Urodinámico, Flujometría Miccional, Penescopía

## EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

### 5. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

**OSPIL no se hace cargo de porcentaje alguno de los siguientes conceptos:**

- Acupuntura
- Celuloterapia
- Cirugía plástica estética, salvo reparadora
- Cosmetología
- Curas de reposo, Tratamientos de rejuvenecimiento y adelgazamiento. Baños Termales.
- Dietología estética
- En internación no se reconocen gastos por: extras, diferencia de habitación, departamentos, suites o habitaciones especiales.
- Hidroterapia
- Homeopatía
- Honorarios por arancel diferenciado (Jefe de Equipo o Atención Personalizada), o por elección de un profesional determinado dentro o fuera de la Nómina de Prestadores de OSPIL
- Internaciones en establecimientos geriátricos.
- Medicamentos de venta libre, leches no medicamentosas y/o recetas magistrales.
- Necropsia, salvo autorización de Auditoría Médica.
- Pedicuría y/o Podología
- Prácticas e intervenciones ilícitas y/o experimentales no avaladas por instituciones científicas nacionales y las penadas por la ley.
- Prácticas, intervenciones o técnicas no contempladas en el catálogo de Prestaciones – PMO, salvo las que cuenten con expresa autorización de OSPIL.
- Prácticas, servicios, medicamentos, elementos, prótesis, ortesis no contemplados en el PMO sus modificaciones y actualizaciones dispuestas por la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Quiropraxia

Ciudad de Bs. As., 04 de Abril de 2017

Estimado Prestador

En esta oportunidad nos ponemos en contacto para informarle que a partir del **1° de mayo del corriente año, la Obra Social ha resuelto volver al sistema de atención médica anterior, utilizando los coseguros para las consultas y prácticas, dejando de utilizar el sistema de conectividad Traditum.** Por lo tanto no se validarán más las prestaciones a través del mismo.

Cabe aclarar, que las prestaciones que hayan sido validadas hasta el 30/04/17 inclusive serán reconocidas para su facturación, debiendo cumplir con la normativa vigente.

**Con la nueva modalidad, para acceder a la atención el beneficiario le deberá entregar al prestador el BONO correspondiente, según el siguiente detalle:**

- BONO DE CONSULTA, valorizado a través de estampilla o impreso en el mismo.
- BONO DE PRÁCTICA, valorizado a través de estampilla o impreso en el mismo.
- BONO DE INTERNACIÓN, sin valorizar, solo con la autorización de la Seccional correspondiente.

En todos los casos, el bono será retirado por el beneficiario de nuestras Seccionales, Delegaciones u Oficinas.

Adjuntamos nuevas Normas Operativas, vigencia mayo 2017.

Un cordial saludo,

  
Héctor Luis Ponce  
Presidente

[www.atilra.org.ar](http://www.atilra.org.ar)

(011) 4883 9200  
Hipólito Yrigoyen 4056  
C1208ABU - CABA

Atilra es la Asociación de Trabajadores de la Industria Lechera de la República Argentina y posee estas áreas: SALUD | EDUCACIÓN | SERVICIOS | FUNDACIÓN



# ORDEN DE CONSULTA

INTERNACION   
AMBULATORIO

SERIE **Q** N° **130976**

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LÁCTEA

CODIGO 110503

LUGAR DE EMISION

FECHA

SECCIONAL

BENEFICIARIO NÚMERO

CAT.

PAREN.

EDAD

SEXO

M

F

FEC. PRESTACION

DIA

MES

AÑO

CODIGO N.M

APELLIDO Y NOMBRE

EMPRESA

DOMICILIO

N° DE ORDEN DE INTERNACION

MOTIVO O DIAGNOSTICO

FIRMA EXPENDEDOR

FIRMA BENEFICIARIO

ADHERIR  
ESTAMPILLAS

PARA USO DE  
LA OBRA SOCIAL

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

IMPORTANTE: PARA SU FACTURACION REMITIR A O.S.P.I.L. ORIGINAL AMARILLO (NO SE ACEPTAN COPIAS)



ORDEN DE INTERNACION   
O PRORROGA

SERIE **R** N° 00097001

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LECHERA

CODIGO OBRA SOCIAL  
1 1 0 5 0 3

NOMBRE OBRA SOCIAL  
O.S.P.I.L.

FECHA DE EMISION

SECCIONAL - DELEGACION - REGIONAL

EMPLEADOR

N° INSCRIPCION

NOMBRE O DENOMINACION

BENEFICIARIO

NUMERO OBRA SOCIAL

MUTUAL A.M.P.I.L.

TITULAR   
FAMILIAR

PARENTESCO

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE

DOCUMENTO  
C.I.  D.N.I.  C.E.L.

NUMERO

EDAD

SEXO  
M  F

DOMICILIO

CALLE

NUMERO

PISO

DPTO.

COD. POST.

LOCALIDAD

DEPARTAMENTO

PROVINCIA

N° BENEFICIARIO TITULAR

APELLIDO Y NOMBRES DEL TITULAR

INTERNACION

MOTIVO

TIPO DE PENSION

DIAS DE INTERNACION AUTORIZADOS  
DESDE ..... HASTA ..... TOTAL .....

PRORROGA CORRESPONDIENTE  
A ORDEN DE INTERNACION N°

\* PARA USO DE LA SECCIONAL

FIRMA DEL BENEFICIARIO, FAMILIAR O 3ª PERSONA

FIRMA Y ACLARACION RESPONSABLE DE LA O. SOCIAL

PROFESIONAL  
QUE INDICA  
SU INTERVENICION

N° MATRICULA

APELLIDO Y NOMBRES

PRESTADOR

CODIGO

NOMBRE O DENOMINACION

DOMICILIO

AUTORIZACION PARA FACTURAR MEDICAMENTOS Y MATERIAL DESCARTABLE

MEDICAMENTOS A CARGO DE O.S.P.I.L. .... %

MEDICAMENTOS A CARGO DEL PACIENTE .... %

MATERIAL DESCARTABLE A CARGO DE O.S.P.I.L. .... %

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA OBRA SOCIAL

OS - 1003 - AS

ORIGINAL: AMARILLO - DUPLICADO: BLANCO