

ANEXO II

NORMAS OPERATIVAS

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, para los beneficiarios pertenecientes a los planes:

1. PBO PSA (Plan Superador + Ampil)
2. PBO PS (Plan Superador)

1.1 COBERTURA AMBULATORIA

CONSULTAS MÉDICAS: Los beneficiarios pertenecientes a los planes detallados en el ítem 1 (cobertura médico asistencial), deberán presentar un **Bono de Consulta**, emitido por la obra social, por cada prestación programada o de urgencia.

PRÁCTICAS: Los beneficiarios pertenecientes a los planes detallados en el ítem 1 (cobertura médico asistencial), deberán presentar un **Bono de Práctica**, emitido por la obra social, 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 por la **Auditoría Médica Central**, 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 los beneficiarios pertenecientes a los planes detallados en el ítem 1 (cobertura médico asistencial), **deberán presentar el bono de OSPIL correspondiente.**

2. COBERTURA Y REQUISITOS PARA PRESTACIONES AMBULATORIAS Y EN INTERNACIÓN.): Para todos los beneficiarios pertenecientes a los planes detallados en el ítem 1 (cobertura médico asistencial):

- 2.1 **PRÁCTICAS NO INCLUIDAS EN EL PMO:** Para solicitar **prácticas diagnósticas o terapéuticas no incluidas en el PMO** el profesional tratante deberá enviar a la Auditoría Médica 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 Central** es la encargada de evaluar la solicitud, siendo facultad exclusiva de esta Auditoría 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, adjuntando prescripción del médico tratante y los estudios médicos complementarios confirmando dicha patología.

- 2.4 **PRÓTESIS**: Se cubre el 100 % de prótesis e implantes de colocación interna permanente de industria Nacional/ Mercosur.

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, adjuntando prescripción del médico tratante y los estudios médicos complementarios confirmando dicha patología.

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 **PRESCRIPCION 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).**

El profesional actuante debe prescribir exclusivamente los medicamentos incluidos en el **Vademecum OSPIL.**

En caso, excepcional, de indicar una monodroga o algún sustitutivo que no esté contemplado en nuestro Vademecum el prestador deberá enviar a la **Auditoría Médica Central** un **resumen de historia clínica**, donde consigne y especifique toda la información necesaria que fundamente el pedido, indicando

diagnóstico y motivo de su solicitud. Siendo facultad de la **Auditoría Médica Central de OSPIL** su **evaluación y aprobación.**

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. Toda corrección o enmienda debe ser salvada por el profesional colocando firma y sello.
- Contener firma, sello y N° de matrícula del profesional.
- Indicar datos del beneficiario: Nombre y Apellido, denominación de la Obra Social y N° de beneficiario, diagnóstico por la o las patologías del paciente y fecha
- Se aceptan prescripciones en recetario membretado del médico tratante (no sello) o membretado institucional (no sello) de sanatorios, centros médicos, hospitales, emergencias médicas, dispensarios, SAMCO o similar. No se aceptan recetarios de propaganda médica.

3. COBERTURA EN INTERNACIÓN

Se cubre internación en **habitación compartida**, incluyendo pensión del acompañante en pacientes menores de 15 años inclusive. Para todos los beneficiarios detallados en el ítem 1 (cobertura médico asistencial).

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 ante el prestador la **Orden de Internación**, también la de cada prórroga otorgada, y las autorizaciones especiales emitidas mediante “**Dictamen de Auditoría Médica Central**” por las 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**” para ser presentada 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 de la internación, firmado por el paciente y el profesional tratante. Además, de complementar con consentimiento de toda intervención quirúrgica que se realice 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 OSPIL, o detalle realizado por el prestador (resumen mensual de lo facturado):

- 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 o detalle realizado por el prestador (resumen mensual de lo facturado):

- 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
- Autorización y /o Dictamen de Auditoría Médica, según corresponda
- 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 o detalle realizado por prestador (resumen mensual de lo facturado):

- 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
- Autorización y /o Dictamen de Auditoría Médica, según corresponda

4.5 PRESTACIONES POR CÁPITA: Detalle de la prestación recibida por beneficiario para información estadística, y detalle de lo facturado extra cápita 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 PRESCRIPCION Y FACTURACION 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
- 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
- Rectosigmoideoscopia
- **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 incluídas 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 (Excluidas de PMO y sus modificatorias).
- **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:** Todas con informe o protocolo quirúrgico

- **Otorrinolaringología:** Fibroscopías o Videoendoscopías
- **Punciones Biopsicas**
- **Resonancia Nuclear Magnética**
- **Spect**
- **Tomografía Axial Computada**
- **Urología:** Fibroscopías con o sin videoscopía , 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.
- Escleroterapia.
- Hidroterapia – Equinoterapia y Masaje linfático.
- 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