

JUNIO 2017



Obra Social

A. M. T. T. A.

Nombre Completo: Asociación Mutual de Trabajadores de la Televisión y Afines.  
N° CUIT: 30-64798105-0    Cód. de O. S.: 1713  
Dirección: Calle 23 N° 531 – Mercedes

DESCUENTO	OS	Afiliado
Común	60%	40%
Plan Materno Inf.	100% (1)	--
Otros	NO	

**TIPO DE RECETARIO:**

Fed. Méd.: NO	Particular: NO
Oficial: SI (2)	Otros: NO
S.A.M.O.: NO	

**VALIDEZ DE LA RECETA:** 10 días

**TROQUELADO:** SI

**DIAGNÓSTICO:** SI

**FECHA DE EXPENDIO:** SI

**ACLARACION FIRMA MEDICO Y N° MATRICULA:**

Con sello: SI    Manuscrito: SI (cuando sea ilegible el sello)

**ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:**

Letras: SI    Números: SI

**ENMIENDAS SALVADAS:**

Por el Médico: SI  
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI

**DEL RESUMEN:**

Planilla: Carátula On Line  
Cantidad: una  
Presentación: Mensual, según cronograma.

**COBERTURA DEL SERVICIO:** Para toda la Provincia de Buenos Aires.

**PRODUCTOS POR RECETA:** 2 (dos) productos de distinto principio activo.

**UNIDADES POR RENGLÓN:** 1 (uno)

**TAMAÑOS POR RECETA:** 1 (uno) grande o mediano por receta, si se encuentra prescripto como tal.

**Antibióticos inyectables:**  
Envase individual: 5 (cinco) - Multidosis: 1 (uno)

**RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**  
Se reconocerán únicamente los medicamentos prescriptos por nombre genérico (conforme a las disposiciones legales vigentes) que figuran en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con las siguientes exclusiones:

**PRODUCTOS NO RECONOCIDOS:**  
Anovulatorios/Anticonceptivos, Anorexígenos/Adelgazantes, Champúes, Edulcorantes, Fórmulas Magistrales, gammaglobulinas específicas, Hormonas de Crecimiento, Inmunosupresores, Interferones inyectables, Jabones Medicinales, Lociones Capilares, Lociones dérmicas, Medicamentos de Uso hospitalario, Medicamentos para HIV/Sida, Oncológicos/Citostáticos, Pantalla Solares, Productos sin Troquel, Tratamiento para la Infertilidad, Venta Libre.

**MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS NI POR NOMBRE COMERCIAL NI POR SUS DROGAS:**  
Dermaglos (todos), Retin A, Retinol, Acnetrol, Aristaloe, Melasmax, Zoodermina (crema y jabón), Dorpiel, Exfolium, Medic, Xenical (Orlistat), Sildenafil, Etanercept (Enbrel)

**LECHES:**  
Maternizadas: NO  
Medicamentosas: SI (3)  
Enteras: NO

**VACUNAS:** serán reconocidas, con el 50% de cobertura, todas las vacunas que cuenten con autorización previa de AMTTA mediante firma y sello de la Sra. MARIA ALEJANDRA OSORIO – Secretaria AMTTA.

**AUTORIZACIONES ESPECIALES:** AMTTA podrá autorizar el expendio de medicamentos excluidos, indicando en la autorización el porcentaje de cobertura a reconocer, mediante firma y sello de la Sra. MARIA ALEJANDRA OSORIO – Secretaria AMTTA.

**OBSERVACIONES:**

(1) Las recetas del **PMI** deberán tener impreso “100% a cargo de la Obra Social”, y estar intervenidas en el casillero del margen izquierdo por la persona que lo entrega. **MODELO AL PIE COLOR ROSA**

(2) Los recetarios oficiales son de color celeste para las prestaciones comunes, **MODELO AL PIE COLOR CELESTE** en cuyo ángulo superior izquierdo se leerá: "ASOCIACION MUTUAL DE TRABAJADORES DE TELEVISION Y AFINES". Los recetarios oficiales del Plan Materno Infantil son de color rosado, poseerán la misma inscripción que los recetarios comunes y llevarán impresa la siguiente leyenda: "PLAN MATERNO INFANTIL COBERTURA 100% A CARGO OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELEVISIÓN".

(3) Las leches **medicamentosas** serán reconocidas dentro del Plan Materno Infantil con el 100% de descuento, debiendo contar con autorización previa de AMTTA.

IMPORTANTE: Adjuntar copia de ticket o presupuesto donde consten los precios unitarios y totales, caso contrario la receta deberá ser valorizada, aclarando que la firma del afiliado sólo debe figurar en la receta.

## MODELOS DE CREDENCIALES

ROSA : PMI

ASOCIACION MUTUAL DE TRABAJADORES DE TELEVISION Y AFINES										SERIE B 00011538
Personería Jurídica B. A. 1713										Mercedes (B)
Fecha de Emisión		N° de beneficiario				Cat.	Edad	BONO N°		
Apellido y Nombre				Sexo	M	F				
Rp.			Cantidad Recetada	N°	Letras					
1										
2										
Diagnóstico										
Firma Profesional										
Sello Institución				Sello aclaración firma y matrícula						
Fecha Dispensación		Código de farmacia		N° orden						
PRECIO UNITARIO \$		IMPORTE \$		%		% a/c MUTUAL				
Cant. Entreg.										
Certifico entrega de los medic. fact.										
Total receta \$										
A cargo Beneficiario \$										
A cargo Mutual \$										
Sello y firma farmacéutico										
Firma Conforme										Doc. Ident.
Aclaración y domicilio										

PLAN MATERNO INFANTIL COBERTURA 100% A CARGO DEL PERSONAL DE TELEVISION

MODELO RECETARIO PLAN COMUN