

ANEXO INFORMACIÓN N°/2017 – S.U.



JUNIO 2017

Obra Social

A. M. T. T. A.

Nombre Completo: Asociación Mutual de Trabajadores de la Televisión y Afines.

Nº CUIT: 30-64798105-0 Cód. de O. S.: 1713

Dirección: Calle 23 Nº 531 – Mercedes

DESCUENTO	OS	Afiliado	UNIDADES POR RENGLÓN: 1 (uno)
Común	60%	40%	
Plan Materno Inf.	100% (1)	---	
Otros	NO		
TIPO DE RECETARIO:			
Fed. Méd.: NO	Particular: NO		RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:
Oficial: SI (2)	Otros: NO		Se reconocerán únicamente los medicamentos prescritos por nombre genérico (conforme a las disposiciones legales vigentes) que figuran en Manual Farmacéutico o Agenda Kairos, con las siguientes exclusiones:
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)		PRODUCTOS NO RECONOCIDOS:
ACLARACIÓN CANTIDAD DE UNIDADES:			
Letras: SI	Números: SI		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 Solar, Productos sin Troquel, Tratamiento para la Infertilidad, Venta Libre.
ENMIENDAS SALVADAS:			
Por el Médico: SI			MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS NI POR NOMBRE COMERCIAL NI POR SUS DROGAS:
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI			Dermaglos (todos), Retin A, Retinol, Acnetrol, Aristaloe, Melasmax, Zoodermina (crema y jabón), Dorpiel, Exfolium, Medic, Xenical (Orlistat), Sildenafil, Etanercept (Enbrel)
DEL RESUMEN:			
Planilla: Carátula On Line			LECHES:
Cantidad: una			Maternizadas: NO
Presentación: Mensual, según cronograma.			Medicamentosas: SI (3)
COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.			Enteras: NO
PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) productos de distinto principio activo.			
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		Nº de beneficiario		Cat.		Edad		BONO N°		
				Sexo	M	F		Cantidad Recetada	Letras	
				Nº						
Apellido y Nombre										ROTULO 1
R.P.										ROTULO 2
1										ROTULO 3
2										ROTULO 4
Diagnóstico										PLAN MATERNO INFANTIL OBRA A CARGO PERSONAL DE TELEVISION
Nº		Firma Profesional								ROTULO 5
Sello Institución										Sello declaración firma y matrícula
Fecha Dispensación		Código de Farmacia		%		Importe \$		% alc MUTUAL		
Cant.	PRECIO UNITARIO \$									
Certifco entrega de los medic. fact.										Total receta \$
										A cargo Beneficiario \$
										A cargo Mutual \$
Sello y firma farmacéutico										Firma Conforme
										Aclaración y domicilio
										Doc. Ident.

MODELO RECETARIO PLAN COMUN