

Junio 2010



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	50%	50%
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, Vacunas orales e inyectables, 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

OBSERVACIONES:

- (1) Las recetas del **PMI** deberán contar con la correspondiente **autorización** de la Mutual.
- (2) Los recetarios oficiales son de color celeste para las prestaciones comunes, 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. Las únicas Leches/Alimentos autorizados para su expendio, **en todas sus presentaciones y para cada uno de los productos** son: **ISOMIL, NUTRILON y LK INFANTIL.**