

A. M. T. T. A.

Asociación Mutual de Trabajadores de la Televisión y Afines.

Cód. O.S. 1713

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): AGOSTO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	OS	AFILIADO
Común	60%	40%
Plan Materno Inf.	100%	---
Autorizados	50%	50%
Autorizados	100%	---

Renglones 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.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

Se reconocerán únicamente los medicamentos prescriptos por nombre genérico (conforme a las disposiciones legales vigentes) que figuran en Manual Farmacéutico, con las siguientes exclusiones:

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS:

Anovulatorios /Anticonceptivos, Anorexígenos /Adelgazantes, Champús, 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 / Protectores Solares, Productos sin Troquel, Tratamiento para la Infertilidad, Venta Libre. Medicamentos de diabetes (hipoglucemiantes orales- insulinas- tiras reactivas- insumos en general) Suplementos dietarios.

MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS NI POR NOMBRE COMERCIAL NI POR SUS DROGAS:

Retin A, Retinol, Acnetrol, Aristaloe, Melasmax, Zoodermina (crema y jabón), Dorpiel, Exfolium, Medic, Xenical (Orlistat), Sildenafil, Etanercept (Enbrel)- Olanzapina (Todas la marcas comerciales) – Vit A + Asociados (dermaglos/ perpiel,etc)

ANTICONCEPTIVOS ORALES: 50% con previa autorización de la mutual AMTTA. Se podrán autorizar hasta 3 (tres) cajas por recetario previa autorización de AMTTA mediante firma y sello de la Sra. MARIA ALEJANDRA OSORIO – Secretaria AMTTA.

LECHES:

Maternizadas: NO

Medicamentosas: SI (serán reconocidas dentro del Plan Materno Infantil con el 100% de descuento, debiendo contar con autorización previa de AMTTA)
Enteras: NO

VACUNAS: solo con previa autorización 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.

Todo aquel medicamento que supere el valor de \$ 200.000, deberá contar con una autorización previa de la Mutual AMTTA.

La validación se debe realizar con el N° de DNI del afiliado

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Oficial : 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).

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».

Particulares: Con membrete de instituciones (impreso o sellado) o médicos particulares (membrete impreso) prescriptas en original, donde el sello y la firma del profesional prescriptor deberán estar también en original.

Electrónicas: Recetas prescriptas en formato digital: deberán contener obligatoriamente el “código de barras” y N° de recetario, donde el sello y la firma del profesional prescriptor también estarán en formato digitalizado. Es importante aclarar que el afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Cantidad de cada medicamento en números y letras.
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

15 días

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: Se valida con DNI (solo números, no tipear puntos).

Para la facturación: se presentará la receta junto al comprobante de validación (deberá contener los datos del afiliado o tercero, nombre y apellido, DNI, domicilio y firma) sellado por la Farmacia.

En caso de recetas electrónicas autorizadas se deberá presentar: receta impresa y autorización impresa junto al comprobante de validación idéntico al explicado anteriormente.

MODELOS DE RECETARIOS

PLAN COMUN (CELESTE)

ASOCIACION MUTUAL DE TRABAJADORES DE TELEVISION Y AFINES				SERIE A	Nº 091376
Personería Jurídica B. A. 1713				Mercedes (B)	
Fecha de Emisión	Nº de beneficiario	Cat.	Edad	BONO Nº	
Apellido y Nombre				Sexo M F	Canjeada Recetada Nº Letras
Rp. 1					
2					
Diagnóstico					
Nº				Firma Profesional	
Sello Institución				Sello aclaración firma y matrícula	
Fecha Dispensación	Código de Farmacia	Nº Orden			
Cant. Entreg.	PRECIO UNITARIO \$	IMPORTE \$	% a/c MUTUAL	ROTULO 1	
Certifico entrega de los medic. fact.				ROTULO 2	
A cargo Beneficiario \$				ROTULO 3	
A cargo Mutual \$				ROTULO 4	
Sello y firma farmacéutico				ROTULO 5	
Firma Conforme				Doc. Ident.	
Aclaración y domicilio					

PLAN PMI (ROSA)

ASOCIACION MUTUAL DE TRABAJADORES DE TELEVISION Y AFINES				SERIE B	Nº 00011538
Personería Jurídica B. A. 1713				Mercedes (B)	
Fecha de Emisión	Nº de beneficiario	Cat.	Edad	BONO Nº	
Apellido y Nombre				Sexo M F	Canjeada Recetada Nº Letras
Rp. 1					
2					
Diagnóstico					
Nº				Firma Profesional	
Sello Institución				Sello aclaración firma y matrícula	
Fecha Dispensación	Código de Farmacia	Nº Orden			
Cant. Entreg.	PRECIO UNITARIO \$	IMPORTE \$	% a/c MUTUAL	ROTULO 1	
Certifico entrega de los medic. fact.				ROTULO 2	
A cargo Beneficiario \$				ROTULO 3	
A cargo Mutual \$				ROTULO 4	
Sello y firma farmacéutico				ROTULO 5	
Firma Conforme				Doc. Ident.	
Aclaración y domicilio					

RESUMEN

Presentación: Mensual

CUIT

30-64798105-0

CTRL F: para buscar palabra clave.

WEB: WWW.COLFARMA.ORG.AR /

Para consultas sobre esta norma de atención comunicarse a Mesa de Ayuda:

mail: ayudaonline@colfarma.org.ar / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 221 6547529