

ASOCIACIÓN MUTUAL DE TRABAJADORES MUNICIPALES BONAERENSES

Cod. O.S. 838

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): AGOSTO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires Excepto para los empleados de los municipios de: Exaltación de la cruz, Henderson, La Plata, Leandro N. Alem y San Vicente

CARATULA SIN VALIDAR

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO:	OS:	Afiliado:	Detalle:
Como Coseguro de IOMA	Hasta 30%	El resto	De la totalidad del precio de la receta, IOMA cubrirá el monto fijo indicado en su Formulario Terapéutico, MUNICIPALES cubrirá hasta el 30% del valor total del medicamento, y el afiliado abonará el resto.
Como Entidad Primaria	30%	70%	Los medicamentos no incluidos en el F.T. de IOMA serán reconocidos con el 30%, actuando en este caso como Entidad Primaria, con las excepciones mencionadas en la presente norma, debiendo abonar el afiliado el 70% restante.

Cantidad Máxima de:

Renglones por receta: 2 (DOS) (3)

Unidades por tamaño:

Cuando existen 2 tamaños: 1er Tamaño: 1, 2do Tamaño: 1 (De los dos productos por receta, solamente UNO podrá ser del SEGUNDO o TERCER TAMAÑO)

Cuando existen más de 2 tamaños: 1er Tamaño: 1, 2do Tamaño: 1, 3er Tamaño: 1 (De los dos productos por receta, solamente UNO podrá ser del SEGUNDO o TERCER TAMAÑO)

PRODUCTOS NO RECONOCIDOS DENTRO Y FUERA DEL F.T. DE IOMA:

Antiacnéicos – Anticonceptivos – Antisépticos de Superficie – Champúes – Complejos Vitamínicos y/o Polivitamínicos (No reconocidos por IOMA) – Cremas Hidratantes – Edulcorantes – Emulsiones Hidratantes – Emulsiones Nutritivas – Fórmulas magistrales – Laxantes – Leches maternizadas – Lociones capilares – Medicamentos para la infertilidad – Medicamentos para la prevención de Caries y productos odontológicos – Medicamentos radiológicos de contraste – Pijicidas – Protectores Solares – Soluciones oftalmológicas no reconocidas por IOMA – Test de Embarazo o Fármacos p/Diag. Amenorreas. Productos de Venta Libre.

Otros: VER LISTADO AL PIE DE LA NORMA.

PRODUCTOS RECONOCIDOS BAJO NORMAS ESPECIALES:

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

Cremas Nutritivas Dérmicas (Ej. DERMAGLOS): NO (sólo se reconocen las que en su fórmula contengan antibiótico)

Vacunas: SI (sólo las incluidas en el Plan Nacional de Vacunación. Importante: no reconocerá ninguna vacuna ajena al Plan Nacional de Vacunación, aunque la misma figure incluida en el F.T. de IOMA).

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Recetario oficial: de 2 renglones, fondo blanco impreso en verde. Debe llevar N° de legajo del afiliado que colocará el Sindicato o puede completarlo el farmacéutico. **TODAS LAS RECETAS DEBEN IR AUTORIZADAS POR EL SECRETARIO GENERAL Y/O PERSONA AUTORIZADA DEL COSEGURO, MEDIANTE FIRMA Y SELLO.**

Debe contener N° de afiliado de IOMA (sin barra), N° de bono de IOMA, N° de legajo y apellido y nombre del titular.

El recetario posee vencimiento, se recomienda prestar atención al casillero "Fecha de Emisión".

- 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

Se puede expender hasta los 30 días posteriores a la fecha de emisión por parte de la Mutual.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: Se valida con N° afiliado de IOMA

- El afiliado deberá exhibir al momento de la dispensa su carnet y el último recibo de sueldo, verificando que se encuentre el descuento de la mutual.
- Todo error que se hubiese producido en la confección de la receta deberá ser salvado en la parte posterior de la misma, con sello y firma de quien corresponda (Municipales, médico que prescribe o farmacia).

TROQUELES:

NO: cuando el medicamento se encuentre incluido en el Formulario Terapéutico de IOMA (debiendo colocarse en forma manuscrita el número de troquel en el espacio destinado a tal fin).

SI: Cuando esté excluido.

Para la facturación: Valorizar la receta con los precios unitarios y totales

LISTADO DE MEDICAMENTOS NO RECONOCIDOS

ALCON LAGRIMAS II
ANUSOL HC SUPOSITORIOS
CYCLO 3
DAMIXA (GEL X 50 GRS.)
DEXTROSTIX
DIASTIX
DUNASON (SOLUCION OFTALMICA)
FOTOCREM P CREMA
FOTOCREM P EMULSION
GASTEC
GENITUM DL (COMP. X 30)
GINSANA G 115
GINSENG PLENOVIT
GINSENG ROJO COREANO

KETODIASTIX
MARVIL 10
MENCOGRIN LOCION
METAMUCIL
MODATON COMPRIMIDOS
OXA B12
PROCETOKEN 300
SIVLOR
TOTAL MAGNESIANO CON GINSENG
TOTAL MAGNESIANO CON VITAMINA C
TOTAL MAGNESIANO EFERV. COMP. X 24
TOTAL MAGNESIANO EFERV. POLVO X 24 SOBRES
TOTAL MAGNESIANO EFERV. POLVO X 48 SOBRES
TOTAL MAGNESIANO POLVO X 24 SOBRES

GINSENG ROJO COREANO MAGNESIANO

GLUCOSTIX

HAVRIX

HEXADEFITAL LOCION

HEXADEFITAL CHAMPU

HOLOMAGNESIO (tanto sea B6 / E o Ginseng en todas sus formas de presentación)

TOTAL MAGNESIANO POLVO X 48 SOBRES

TOTAL MAGNESIANO SPORT

TOTAL MAGNESIANO SPORT POLVO X 24 SOBRES

TOTAL MAGNESIANO SPORT POLVO X 48 SOBRES

TROMBENAL

VACUAVIL PLUS

VALCOTE 500

VENTA LIBRE (AUNQUE TENGA TROQUEL O FIGURE EN EL F.T. DE IOMA)

RESUMEN

Presentación: Mensual

CUIT

30-68375447-8

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: 011 51476648