

CEMURPO

Centro Mutualista de Suboficiales y Agentes Retirados de la Policía de la
Provincia de Buenos Aires

Cód. O.S. 888

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): SEPTIEMBRE 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la provincia de Buenos Aires

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

PLANES:

Como Coseguro de IOMA

OS:

40%

COBERTURA COMO COSEGURO DE IOMA Ambulatorio: IOMA cubrirá el monto fijo estipulado en su Formulario terapéutico, CEMURPO CUBRIRA EL 40% DEL TOTAL QUE ABONE EL SOCIO.

NO actúa como Coseguro de ninguna otra Obra Social

PRODUCTOS POR RECETA: hasta dos principios activos distintos.

UNIDADES DE TAMAÑO Y CANTIDAD POR RENGLÓN Y POR RECETA: Lo prescripto en la receta de IOMA.

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS: Reconoce únicamente los medicamentos incluidos en el F.T. de IOMA.

Topes:

Dispensas por mes calendario: hasta 3

Dispensas por año: hasta 36

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Sin Recetario

– Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

Según orden médica IOMA.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: Al momento de validar, se deberá ingresar el **N° de DNI** del afiliado sin puntos. Ejemplo: para el DNI 12.345.678 se deberá Tipear 12345678

Para la facturación: deberá presentar el comprobante de validación con los datos de la dispensa, completar todos los datos del afiliado/tercero, además, firma y sello de la farmacia.

- No adjuntar troqueles.

- **NO se deberá adjuntar la fotocopia de la receta de IOMA.**

- Este convenio es válido para los afiliados activos, adherentes y participantes, que estén activos en el padrón de afiliados.

EXCLUSIONES

SEGÚN CLASIFICACION MANUAL FARMACEUTICO: Uso Normalizado

POR DROGA	POR ACCION FARMACOLOGICA
interferón alfa 2 A	Adelgazante
interferón alfa 2 B	Alimento infantil
interferón beta	Alimentos propós.médico especif.
interferón gamma	Análogo hormona de crecimiento
sildenafil	Anorexígeno
insulina humana	Anovulatorio
interferón beta 1 A	Anticonceptivo
interferón beta 1 A sin albumina	Antineoplásico
	Antiviral contra HIV
POR FORMA FARMACEUTICA	Citostático
Tiras reactivas	Coadyuvante en oncología
Solución de uso externo/Loción	Edulcorante
Leches maternizadas	Estimulador de la eritropoyesis
POR TIPO DE VENTA	
Venta libre	

RESUMEN

Presentación: Quincenal

CUIT

30-65222791-7

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