

**S.O.E.M.E.**

**Sindicato de Obreros y Empleados de la Minoridad y la Educación**

Cod. O.S. 10998

**NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): AGOSTO 2025**

**COBERTURA DEL SERVICIO**

Toda la provincia de Buenos Aires

**VALIDACION OBLIGATORIA**

**DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA**

| DESCUENTO                     | IOMA | OS                   | AFILIADO | OBSERVACIONES                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|------|----------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dentro del FT de IOMA         | MF   | HASTA EL 40% DEL PVP | RESTO    | Actúa como Co-seguro de IOMA, reconociendo los medicamentos que están incluidos dentro del Formulario Terapéutico del IOMA. (1)                                                                                                                             |
| Dentro o Fuera del FT de IOMA | MF   | HASTA EL 40% DEL PVP | RESTO    | Actúa como Co-seguro de IOMA, el Afiliado deberá llevar copia de la Autorización del IOMA, la cual se adjuntará al comprobante de validación al momento de la presentación. Los productos cubiertos serán los reconocidos por el sistema de validación. (2) |

. Cuando la suma del descuento "IOMA + SOEME" supere el Precio de venta al Público, el monto de la cobertura de SOEME, será la diferencia entre el PVP y el monto cubierto por IOMA.

. **Tope de Medicación:** El grupo familiar tendrá un tope de 4 (Cuatro) Rp por mes calendario.

**PRODUCTOS POR RECETA:** Lo prescripto en la Receta de IOMA.

**TAMAÑOS POR RECETA:** Lo prescripto en la Receta de IOMA.

Antibióticos Inyectables: envase individual: 5 – Multidosis: 1

**TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS**

Sin Receta

**VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION**

Según O.S. primaria

## DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

**Reconocimiento del Afiliado:** Se deberá cargar en el Campo N° de Afiliado el Número del DNI del Afiliado Titular.

**-Para la dispensa el afiliado deberá presentar DNI y credencial de Ioma.**

(1) Para facturar, se deberá presentar el comprobante de Validación con la firma y datos del Afiliado o Tercero interviniente (Nombre y Apellido, Documento, Domicilio y Teléfono). **No siendo necesaria la presentación de la Fotocopia de la Receta del IOMA.**

(2) Para facturar, se deberá presentar el comprobante de Validación con la firma y datos del Afiliado o Tercero interviniente (Nombre y Apellido, Documento, Domicilio y Teléfono) y copia de la Autorización del IOMA provista por el Afiliado. **No siendo necesaria la presentación de la Fotocopia de la Receta del IOMA.**

---

## RESUMEN

Planilla: On Line.

Presentación: Mensual (Según Cronograma).

Plazo para presentar Facturación: 30 días.

---

## CUIT

30-58175983-1

---

**CTRL F:** para buscar palabra clave.

WEB: [WWW.COLFARMA.ORG.AR](http://WWW.COLFARMA.ORG.AR) /

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

mail: [ayudaonline@colfarma.org.ar](mailto:ayudaonline@colfarma.org.ar) / Tel: 0810 333 4133 / wsp: 011 51476648