



SUTEBA – IOMA

Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de Buenos Aires

Cod. O.S. 979

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	SUTEBA	AFILIADO	OBSERVACIONES
Coseguro de IOMA Amb	Monto Fijo	35% s/MF	El resto	SUTEBA actuará como Coseguro de IOMA Amb., cubriendo hasta el 35% (treinta y cinco) del monto fijo establecido para cada medicamento dentro del Formulario Terapéutico de IOMA, IOMA cubrirá el Monto Fijo y el afiliado el resto.
Coseguro de IOMA Mayor Cobertura	% Autorizado	Hasta el 20% del PVP	El resto	Cuando SUTEBA actúe como coseguro de las recetas/autorizaciones del plan IOMA Mayor Cobertura, SUTEBA cubrirá hasta el 20% del P.V.P. de los productos autorizados por el IOMA (no siendo necesario tener autorización de Suteba).

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:

. Cuando SUTEBA actúe como coseguro de "IOMA Amb." reconocerá todos los medicamentos incluidos en el Formulario Terapéutico de IOMA AMBULATORIO.

. Cuando SUTEBA actúe como coseguro de las recetas/autorizaciones del plan "IOMA Mayor Cobertura" reconocerá todos los medicamentos autorizados por el IOMA (no siendo necesario tener autorización de Suteba).

UNIDADES POR TAMAÑO:

. Cuando SUTEBA actúe como coseguro de "IOMA Amb.", SUTEBA reconocerá la misma cantidad de envases y los tamaños prescriptos en la receta de IOMA.

. Cuando SUTEBA actúe como coseguro de las recetas/autorizaciones del plan "IOMA Mayor Cobertura" reconocerá todos los medicamentos autorizados por el IOMA (no siendo necesario tener autorización de Suteba).

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

Sin Receta Suteba

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

Según receta IOMA



DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Cuando Suteba actúe como co-seguro, no será necesario la presentación del recetario.

Para la dispensa, el afiliado se deberá presentar en la Farmacia solamente con el DNI y la receta de IOMA.

Para la presentación al cobro sólo es necesario el comprobante de validación, que contenga la firma del beneficiario o tercero (quien colocará domicilio, número de documento, firma y aclaración de firma) y colocará sello de la farmacia y su firma.

Al momento de validar, se deberá ingresar en el Campo N° de Afiliado, el DNI del mismo.

RESUMEN

Planilla: On Line

Cantidad: 1 (una)

Presentación: Mensual.

Refacturación: Hasta 60 días de recepcionado el débito.

CUIT

30-63010228-2

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