



**Sindicato de Trabajadores Municipales de Almirante Brown
(S.T.M.A.B.)**

Cod. O.S. 90231

NORMA DE ATENCIÓN: ABRIL 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Almirante Brown

VALIDACION OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

DESCUENTO	IOMA	S.T.M.A.B.	AFILIADO
Como Coseguro de IOMA Amb. y IOMA Mayor Cobertura	Monto Fijo	30% de la diferencia entre el PVP y el Monto cubierto por IOMA	El resto
Como Obra Social primaria "plan común"	-	30% del PVP productos fuera del F.T. con exclusiones (*) (Tope P.V.P. \$100.000 por receta)	El resto
Como Obra Social primaria "plan Autorizados"	-	% autorizado por S.T.M.A.B.	El resto

RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS UNIDADES Y TAMAÑOS:

- **Como coseguro:** El S.T.M.A.B. reconocerá los mismos productos, cantidad de envases y tamaños prescritos en la receta de IOMA con tope de productos por grupo familiar y año calendario según respuesta del validador.

- **Como Obra Social Primaria:** reconocerá los productos fuera del F.T. de IOMA con exclusiones (*).
Tope de cobertura por recetas: cuando el precio final sea superior a \$ 100.000, el afiliado deberá dirigirse a la entidad a para gestionar su Autorización.
Tope de productos por grupo familiar y año calendario según respuesta del validador.

REGLONES POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo.

TAMAÑOS POR RECETA: 1 (un) solo envase grande o mediano por receta.

PRODUCTOS POR RENGLÓN: 1 (uno)

Antibióticos Inyectables: envase individual: 5 Multidosis: 1

Solución de uso externo/Loción: hasta 2 (dos) por receta.

(*) Exclusiones para cobertura primaria:

Anovulatorios/Anticonceptivos, Anorexígenos/Adelgazantes, Antisépticos de Superficie, Champúes, Citostáticos/Oncológicos, Coadyuvantes de Quimioterapia, Edulcorantes, Fórmulas Magistrales, Homeopáticos, Jabones Medicinales, Leches Enteras y Maternizadas, Lociones Capilares, **Solución de uso externo/Loción**, Reactivos, Venta Libre.

AUTORIZACIONES ESPECIALES: El S.T.M.A.B. podrá autorizar **como obra social primaria** productos sin cobertura, mayor cantidad de envases, recetas de cobertura primaria en las que el monto total supere los \$100.000, Leches medicamentosas, Sustancias de contraste y/o baritadas, Vacunas, etc. **Detallando en la autorización el % de cobertura a cargo de S.T.M.A.B.**

En caso de autorizaciones de accesorios o productos sin troquel deberán validarse utilizando el código 1000 y valorizarlo al valor del mercado.

Con motivo de los términos de la Ley Provincial 12.895, que establece la prescripción por nombre genérico, el farmacéutico procederá a dispensar el medicamento más económico reconocido por S.T.M.A.B. En caso de entregar un medicamento más caro, a pedido del afiliado, éste deberá certificar con su firma la siguiente leyenda



que deberá colocar al dorso de la receta "Ejercí libre elección según Ley 12.895".-

TIPOS DE RECETARIOS ACEPTADOS

- **Como coseguro:** Sin Receta

- **Como Obra Social Primaria:** Todo tipo de recetarios.

Se podrá dispensar y facturar con fotocopia de recetario oficial de IOMA en caso de que alguno de los productos no tuvieran cobertura de IOMA.

- Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02
- Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).
- Enmiendas del afiliado/tercero: puede salvar sus datos completados al momento de la dispensa.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCION

30 días.

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Para la dispensa:

- **Como coseguro:** no requiere recetario de S.T.M.A.B., el afiliado se deberá presentar en la Farmacia con el DNI, carnet del S.T.M.A.B. y la receta de IOMA.

- **Como Obra Social Primaria:** Para la dispensa, el afiliado se deberá presentar receta médica, carnet del S.T.M.A.B, el DNI. (y **Autorización** en caso de corresponder)

Para la facturación se deberá presentar:

Como coseguro: comprobante de validación con todos los datos de la dispensa, con datos del beneficiario o tercero (domicilio, número de documento, firma y aclaración de firma) y sello de la farmacia y su firma.

Como obra social primaria: Receta + comprobante de validación con todos los datos de la dispensa y troqueles adheridos, datos del beneficiario o tercero (domicilio, número de documento, firma y aclaración de firma) y sello de la farmacia y su firma.

Para productos autorizados deberá incluirse la autorización firmada y sellada en original por persona designada por el sindicato.

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

RESUMEN

Planilla: On Line

Cantidad: 1 (una)

Presentación: Mensual.

Refacturación: Hasta 60 días de recepcionado el débito.

CUIT

30-67616422-3

EN PDF USAR 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