|  |
| --- |
| JULIO 2025**OBRA SOCIAL****FEBOS**Nombre Completo: Federación de Educadores Bonaerenses "Domingo Faustino Sarmiento" Nº de CUIT: 30-56513059-1 Cód. de O.S.: 00965Dirección: 46 Nº 891 - La Plata |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DESCUENTO:**  | OS | Afiliado: |
| Ioma AmbulatorioDentro del F.T. de IOMA | Hasta el 50% del Monto Fijo  | Resto |
| Recetas/Autorizaciones IOMA Mayor cobertura  | 50 % del resto no cubierto por IOMA | Resto |

TIPO DE RECETARIO:SIN RECETARIO (1)TROQUELADO: NOFECHA DE EXPENDIO: SI ACLARACION FIRMA MÉDICO Y Nº MATRÍCULA:Con sello: SI Manuscrito: NOACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:Letras: SI Números: SIENMIENDAS SALVADAS:Por el Médico: SIPor el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (2)DEL RESUMEN:Presentación: mensualVALIDACIÓN OBLIGATORIA COBERTURA DEL SERVICIO: Para toda la Provincia de Buenos Aires.DE LA PRESCRIPCION:Cantidad Máxima de:PRODUCTOS POR RECETA: 2 (dos) UNIDADES POR TAMAÑO: loreconocido por IOMA. | RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:**Como Coseguro de IOMA Ambulatorio**, reconoce todos los medicamentos prescriptos por nombre genérico (Ley provincial 11405), incluidos en su Formulario Terapéutico, con una cobertura de hasta el 50% del Monto Fijo establecido en el mismo.Si el medicamento no se encuentra incluído en el Formulario Terapéutico de IOMA, NO SERA RECONOCIDO por FEBOS**Como Coseguro de recetas/autorizaciones de IOMA Mayor cobertura**: reconoce todos los medicamentos prescriptos por nombre genérico (Ley provincial 11405), cubriendo el 50 % de la diferencia entre el PVP y el monto a cargo de IOMA.En ninguno de los casos se deberá adjuntar la fotocopia de la receta de IOMA, debiendo presentarse **el comprobante de validación, cabe aclarar que en el caso de adjuntar un ticket de otro sistema de farmacia, el mismo debe contener discriminados los montos totales y el a/ cargo del afiliado y de la O. Social para cada uno de los productos dispensados y el número de validación correspondiente.**Tope de Recetas:La cobertura del Co-seguro tendrá un tope de recetas mensuales para cada Afiliado titular, como así también para cada uno de los familiares a cargo.  |
|  |  |
| **OBSERVACIONES:** Ver al dorso. |

|  |
| --- |
|  Dorso de:**FEBOS** |
| **OBSERVACIONES:**1. A partir del día 01/04/2020 NO se utilizará recetario. Para el cobro se elevará el comprobante de validación firmado con nombre y apellido, domicilio y DNI del Afiliado o tercero interviniente.

Al momento de validar en el campo N° de Afiliado de FEBOS se deberá ingresar el DNI del Afiliado (si la receta esta prescrita a nombre de un familiar a cargo, se validará con el DNI de dicho familiar). (2) Únicamente en el caso de que el error se trate de la diferencia a cargo del afiliado, deberá estar avalado con una nueva firma del afiliado o tercero interviniente en dicha receta. (3) Las recetas (comprobantes de validación) pueden ser presentadas hasta dentro de las tres facturaciones posteriores a la correspondiente.   **IMPORTANTE:** * **Los comprobantes de validación deben contar con la firma, nombre y apellido, domicilio y DNI del Afiliado o tercero interviniente. Y el sello de la Farmacia.**
 |