



AVALIAN
(ex Aca Salud)

Cod. O.S. 887

NORMA DE ATENCIÓN (ÚLTIMA MODIFICACIÓN): JULIO 2026

COBERTURA DEL SERVICIO

Toda la Pcia. de Buenos Aires (Excepto Gral. Pueyrredón)

VALIDACIÓN OBLIGATORIA

DESCUENTOS Y TOPES DE COBERTURA

Planes varios, Anticoncepción, Autorizados, insulinas/Tiras: Productos, Renglones, unidades y tamaño por receta: cobertura según respuesta del validador.

IMPORTANTE:

Plan Tratamiento Prolongado: Solamente cuando la receta cuente con la prescripción de hasta 2 envases y tenga la leyenda "Tratamiento Prolongado" (prescripta por el médico), podrán dispensarse los mismos.

Avalian estableció nuevos límites de productos por sistema para sus afiliados:

En caso de Transacción online "Rechazada" deberá indicarse al afiliado que contacte a su centro de atención. -

CAMPAÑA DE VACUNACION 2026:

Para todos los casos, el sistema de validación será el que controle los parámetros e informará la cobertura correspondiente, según se detalla:

Cobertura al 100%: Sin orden médica, a los siguientes grupos:

- Embarazadas en cualquier trimestre de gestación que tengan activo el Plan Materno Infantil (PMI)
- Menores de 6 a 24 meses (2 años) de edad inclusive.
- Mujeres con Plan Materno Infantil que no recibieron su dosis durante la gestación.
- Mayores de 65 años.
- Personas de 2 a 64 años con factores de riesgo tales como: inmunodeficiencias, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades cardiovasculares, enfermedades hepáticas, enfermedades oncológicas, VIH, trasplantes, entre otras.

Cobertura del 100%: Con orden médica, para:

- Personas de 2 a 64 años con patologías crónicas, tales como enfermedad pulmonar crónica, enfermedad renal crónica (incluyendo pacientes en hemodiálisis), enfermedad cardiovascular (congénita o adquirida con compromiso hemodinámico) u obesidad mórbida

En el caso de no pertenecer a ninguno de estos grupos nuestros asociados también podrán vacunarse. Su cobertura será según el descuento en medicamentos que contemple su plan.

Para acceder a la vacunación, el asociado deberá solicitar la prescripción a un profesional médico. Si está dentro del primer grupo con cobertura al 100%, queda exento de presentarla.

RECETARIOS ACEPTADOS

– **Recetarios oficiales:** Para coberturas especiales (Anticoncepción, diabetes, discapacidad, patologías crónicas y leches medicamentosas) Tiene datos pre-impresos, firma y sello médico digitalizados. (Ver modelos al pie de la norma).

No requiere autorización previa, deben validarse obligatoriamente. Caso contrario es motivo de débito.



– **Recetario Particular o de Instituciones:** Con membrete particular o de instituciones. Acepta sin membrete o propaganda médica siempre que contenga alguna identificación de la institución (sello, por ejemplo). Son válidas las prescripciones de “Anticoncepción, diabetes, discapacidad y patologías crónicas” en recetarios particulares, siempre que contenga los mismos datos de los recetarios oficiales.

– **Recetas digitales:** pre-impresas total o parcialmente con fecha de prescripción, firma y sello médico en original.

– **Receta electrónica:** Emitida por cualquier plataforma habilitada por el ministerio de salud, que contenga los requisitos de identificación (código de barra, Qr, N° de receta) con firma y sello digital acorde a la reglamentación de la ley.

El afiliado siempre deberá presentar la receta impresa en la farmacia.

Datos de la receta: Los datos deben figurar en original, de puño y letra del profesional, con la misma tinta en el caso de las manuales.

- Nombre y apellido del paciente
- Número de asociado
- **Diagnóstico** (dato obligatorio) **para cualquier tipo de receta.**
- Medicamentos recetados por principio activo, pudiendo indicarse una marca sugerida, incluida en el Vademecum.
- Cantidad de cada medicamento
- Firma y sello con número de matrícula y aclaración
- Fecha de prescripción

– Prescripción por genérico según la ley Nro. 25.649/02

– Cantidad de cada medicamento en números y letras.

– Enmiendas del prescriptor: solo salvadas con su firma y sello (NO válido para recetas electrónicas/digitales).

– Enmiendas del farmacéutico: salvadas por él mismo con conformidad del afiliado/tercero (NO válido para recetas electrónicas/digitales de validación obligatoria)

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

– Cuando el N° de asociado este poco legible o incompleto, la farmacia deberá repetirlo en forma clara y correcta, el asociado debe firmar en conformidad.

– Los Odontólogos podrán prescribir exclusivamente medicamentos acordes a su especialidad: Antibióticos, Antihemorrágicos, Analgésicos (No narcóticos), Antimicóticos Bucales, Antieméticos (No setrones), Vacunación Antitetánica, Anticariogénicos y Tratamientos de llagas y aftas, Antiherpéticos, Antiinflamatorios, Antihistamínicos y Vitaminas o Minerales.

VALIDEZ DE LA PRESCRIPCIÓN

30 días (excepto Programa Anticonceptivos, cuya validez está impresa en los recetarios)

DETALLES PARA LA DISPENSA Y FACTURACION

Reconocimiento del Afiliado: Se valida con N° de afiliado (solo números sin espacios)
ejemplo afiliado: 954286 27 se deberá tipear 95428627

A partir del 1 de JULIO de 2026 se implementa el uso de TOKEN para todas las dispensas.

TOKEN: Se deberá solicitar al afiliado el token y tipear los dígitos del mismo seguido al número de afiliado. (sin espacios y en el mismo campo).

Ejemplo para N° Afiliado 954286 27 y TOKEN 123

Se deberá tipear en el campo N° de Afiliado 95428627123

– Receta médica con conformidad y datos del afiliado/tercero

– Toda autorización deberá estar adjunta a la receta.

– Adjuntar copia del comprobante de validación o ticket fiscal, que posea los precios unitarios, totales y fecha de



dispensa, con la firma y datos personales completos del Afiliado o tercero.

– Troqueles adheridos (completos, incluyendo el código de barras) y firma y sello farmacia.

Autorizaciones: En el caso de tener que validarse una receta con autorización se puede realizar por dos lugares:
Por Validación/Autorizados o cargando el plan al desplegar la solapa una vez elegida la O.S.

VALIDACIÓN - CIERRES - CONSULTAS - DROGUERÍAS PEDIDOS - SIAFAR - PAMI - IOMA - TRAZABILIDAD - VACUNACION - MI FARMACIA

Autorizaciones

Seleccione los datos por los cuales filtrar la consulta

Convenio: AVALIAN (ex Aca Salud) Código Autorización: Nro. Afiliado: Nro. Receta:

Buscar

VALIDACIÓN - CIERRES - CONSULTAS - DROGUERÍAS PEDIDOS - SIAFAR - PAMI - IOMA - TRAZABILIDAD - VACUNACION - MI FARMACIA

Validación de Recetas

Obra Social: AVALIAN (ex Aca Salud) Ver Norma de Atención Plan:

Anticonceptivos Rec. Avalian
Autorizados Rec. Avalian (Autoriz.)
Insulinas/Tiras Rea. Autorizados Rec. Avalian (Autoriz.)
Planes Varios Rec. Avalian
Tratamiento Prolongado Rec. Avalian

Para la facturación: Adjuntar comprobante de validación con la firma y datos personales completos del Afiliado o tercero.

MODELOS DE RECETARIOS OFICIALES

avalian
COMPARTUNA MÉDICA

XXXX XXXX
0000 00
Edad 000

Rp: OMEPRAZOL (LACOSOL 20 MG COMP X 28) x 1

Rp: SUCRALFATO (GASTROMED SUSPA 250 MG) x 1

Dx: K20

Tratamiento Prolongado

03/01/2023

Receta médica

Prescripción: 13/01/2023

Diagnóstico: K20

Plan: Tratamiento prolongado

Prescripción y sello:

avalian
RECETA DE EMERGENCIA COVID-19

Con esta receta (digital o impresa) podrá adquirir su medicación en cualquier farmacia adherida al sistema de validación de Receta Digital.

Receta Número: [Barcode]

Afiliado Número: [Barcode]

CÓDIGO DE ATENCIÓN: 0000
Fecha: 03/01/2023

Nombre del paciente: [Nombre]

Prescripción: [Prescripción]

Medicamentos: [Medicamentos]

Depositar: [Depositar]

Validación Digital: [Barcode]

avalian
Avalian
Prescripción

Fecha Receta: 13/01/2023

Afiliado: BORSOTTI, LAURA
D.N.I.: 13675497
NroAfiliado: 23543214
Diagnóstico:
Plan: Ambulatorio

Productos

1. paracetamol, comp. ran x 10
PARACETAMOL RAFFO 1 G, Raffo
Cantidad: 1

Recetario:
2301307251919

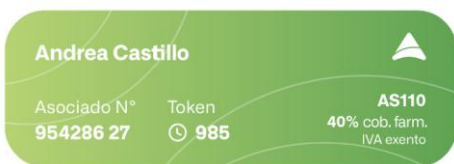
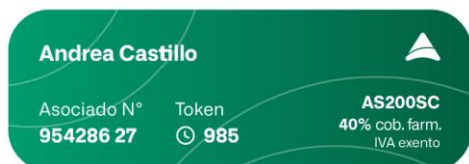
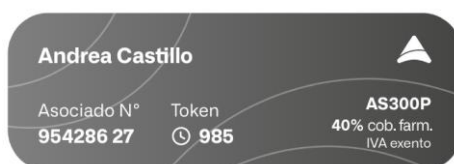
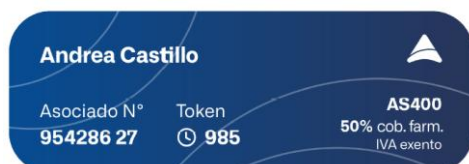
Medico: RODRIGUEZ, ALEJANDRO
Matricula: MN 71437
Exhibido: 13/01/2023 15:46

Validación Digital: [Barcode]



MODELOS DE CREDENCIALES

– Debe ser solicitada obligatoriamente al momento de la dispensa



MODELO ORDEN DE AUTORIZACIÓN



avalian
COBERTURA MEDICA
Cambio de IVA Pisos 220-C1080AAB - C.A
Tel: 0810-22272583

ORDEN DE AUTORIZACION PREVIA 04-05025779 /00

RECETARIO DE MEDICAMENTOS
Copia 1

Fecha Autorización: 10-12-2024 10:15:07 Valida hasta el 24/12/2024

Prestador: MODAFFARI ANDRES OMAR
Asociado: MODAFFARI ANDRES OMAR
Cond. Iva: IVA GRAVADO

Evento: 425119
Nro. Asociado: 102061/13
Plan: AS300

Ord.	Prescrip.	Medicamento	Indicaciones
1	34631	ATENOLOL GADOR 50 MG COMP X 60	3310

FIRMA DEL ASOCIADO

ACTUAR CON TROQUEL

Nro. Interno: 1034146147 → **Cód. de Autorización**

RESUMEN

Presentación: Mensual

Plazo de presentación: 60 días corridos desde la fecha de dispensa.

CUIT

30-60495864-0

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