

OMINT S. A de Servicios. Campaña de Vacunación Antigripal 2026.
Desde el 11 de marzo al 31 de agosto 2026 inclusive.

Omint

Grupos, coberturas y documentación a presentar



Consideraciones generales:

- ✓ Omint no entrega vacunas.
- ✓ Se considerará la cobertura al 100% en grupos de riesgo de aquellas vacunas trivalente o cuadrivalente que contengan las cepas virales 2026.
- ✓ Las recetas en cualquier formato tienen una validez de 30 días corridos.
- ✓ En los casos en los que no se requiere receta, para validar por IMED deberá utilizarse el código de prescriptor MN 11111111 "Médico genérico".
- ✓ Se aceptarán recetas que contengan la prescripción por marcas autorizadas por la autoridad sanitaria, las farmacias entregarán y/o aplicarán las vacunas antigripales que tengan en su stock.

Grupos de riesgo: condiciones para acceder a la vacuna.

De 6 meses a menores de 2 años.

Cobertura completa de vacuna y aplicación*

2 dosis 

DNI + credencial (física o digital)

Validar Online. Ticket Fiscal o comprobante de venta donde figure el Nro. de afiliado y troquel.

Mayores de 65 años.

Cobertura completa de vacuna y aplicación*

1 dosis 

DNI + credencial (física o digital)

Validar Online. Ticket Fiscal o comprobante de venta donde figure el Nro. de afiliado y troquel.

De 2 a 64 años con patologías según anexo.

Cobertura completa de vacuna y aplicación*

1 dosis 

Receta con diagnóstico** + DNI + credencial (física o digital)

Validar Online. El sistema indicará % de cobertura. En caso de que no devuelva el 100% de cobertura, NO deberá validarse Online, sino que debe dispensarse manualmente y presentar la receta como declaración de dispensa manual.

Gestantes (cualquier trimestre)

Cobertura completa de vacuna y aplicación*

1 dosis 

Receta con diagnóstico + DNI + credencial (física o digital)

Validar Online. Ticket Fiscal o comprobante de venta donde figure el Nro. de afiliado y troquel.

Puérperas. ****

Cobertura completa de vacuna y aplicación*

1 dosis 

Receta con diagnóstico + DNI + credencial (física o digital)

Validar Online. Ticket Fiscal o comprobante de venta donde figure el Nro. de afiliado y troquel.

De 2 a 64 años sin patologías según anexo.

Cobertura de plan en vacunación*

1 dosis 

DNI + credencial (física o digital)

Validar Online. Ticket Fiscal o comprobante de venta donde figure el Nro. de afiliado y troquel.

Personal de salud.

Cobertura completa de vacunación*

1 dosis 

Receta con diagnóstico + DNI + credencial (física o digital)

NO deberá validarse Online, sino que debe dispensarse manualmente y presentar la receta como declaración de dispensa manual.

Convivientes o contactos estrechos de personas con enfermedades onco-hematológicas.

Cobertura completa de vacuna y aplicación*

1 dosis 

Receta con diagnóstico + DNI + credencial (física o digital)

NO deberá validarse Online, sino que debe dispensarse manualmente y presentar la receta como declaración de dispensa manual.

* La aplicación en la farmacia tiene costo y se debe solicitar el reintegro a Omint.

** Con un intervalo mínimo de cuatro semanas entre la primera y segunda dosis. La segunda dosis tiene cobertura del 100%, independientemente de haber finalizado la campaña.

*** No requiere receta para pacientes con obesidad.

**** Dentro de los 30 días posteriores al parto, de no haberla recibido en el embarazo durante el 2025.

Grupos de riesgo

- Mayores de 65 años.
- Niños/as entre 6 meses y 2 años (un año y 364 días).
- Gestantes (en cualquier momento del embarazo).
- Puérperas (hasta 30 días posteriores al parto, si no la hubieran recibido en el embarazo durante el 2025).
- Personas entre 2 y 64 años inclusive que presenten alguna de las siguientes condiciones:

Enfermedades respiratorias:

- a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, EPOC, Enfisema Congénito, Displasia Broncopulmonar, Traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.).
- b) Asma

Enfermedades cardíacas:

- a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía.
- b) Cardiopatías congénitas.

Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas:

- a) Infección por VIH.
- b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides a altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días).
- c) Inmunodeficiencia congénita.
- d) Asplenia funcional o anatómica.
- e) Desnutrición severa.

Pacientes oncohematológicos y trasplantados:

- a) Tumor de órgano sólido en tratamiento.
- b) Enfermedad oncohematológica hasta 6 meses posteriores a la remisión completa.
- c) Trasplantados de órganos sólidos o tejido.

Personas con:

- a) Obesidad con IMC mayor a 40.
- b) Diabetes.
- c) Insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes 6 meses.
- d) Retraso madurativo severo en menores de 18 años.
- e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves.
- f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años.
- g) Convivientes o contactos estrechos de enfermos onco-hematológicos. Requiere receta médica.
- h) Trabajadores de la salud.