

OBRAS SOCIALES



Sector Emisor: Área Obras Sociales
 Fecha: Abril 2026
 Revisión: 01

LAZAR

Vigencia: Abril 2026



Program Lazar Te Cuida, ahora se valida por IMED

10% OFF

Sólo con cupón

LAZAR te cuida **10% DTO ADICIONAL**

| | |
|---|--|
| ARZIMOL Fusico, Ac. <input type="checkbox"/> Crema 2% x 15 g | FANGAN PLUS Miconazol+Metronidazol+Acido <input type="checkbox"/> Óv. vaginales x 6 <input type="checkbox"/> Óv. vaginales x 12 |
| ARZIMOL B Fusico, Ac.+Betamet. <input type="checkbox"/> Crema x 15 g | FUNGOCINA Fluconazol <input type="checkbox"/> 150 mg comp. x 1 <input type="checkbox"/> 150 mg comp. x 2 <input type="checkbox"/> 150 mg comp. x 4 <input type="checkbox"/> 150 mg comp. x 8 |
| ATARAXONE Hidrocortis. <input type="checkbox"/> 10 mg comp. rec. x 20 <input type="checkbox"/> 25 mg comp. rec. x 20 <input type="checkbox"/> 50 mg comp. rec. x 20 <input type="checkbox"/> Jarabe x 120 ml <input type="checkbox"/> Ocul. x 20 ml | LAZAR CORT Betametasona <input type="checkbox"/> Crema x 20 g |
| CETIZINE L Levocetirina <input type="checkbox"/> 5 mg comp. rec. x 10 <input type="checkbox"/> 5 mg comp. rec. x 30 | LAZAR CORT COMPLEX Betamet.+Gentici.+Miconazol <input type="checkbox"/> Crema x 20 g |
| OPROFLOXACINA LAZAR Oprofloxacina <input type="checkbox"/> 250 mg comp. x 10 <input type="checkbox"/> 500 mg comp. x 10 <input type="checkbox"/> 800 mg comp. x 20 <input type="checkbox"/> 750 mg comp. x 10 | MUQUIMODO Imiquimod. <input type="checkbox"/> Crema 3,75% x 3 g <input type="checkbox"/> Crema 5% x 3 g <input type="checkbox"/> Crema 5% x 10 g |
| COLPOFILIN Metronidazol <input type="checkbox"/> 500 mg comp. x 10 <input type="checkbox"/> 800 mg comp. x 20 <input type="checkbox"/> 500 mg óv. vaginales x 10 | MUPAX Mupirocina <input type="checkbox"/> Crema x 15 g <input type="checkbox"/> Ung. dermat. x 15 g |
| COLPOFILIN MAX Metronidazol+Miconazol <input type="checkbox"/> Óv. vaginales x 7 | MUPAX H Mupirocina+Hidroocortisona <input type="checkbox"/> Crema x 15 g |
| CRIBOROL Crisaborol <input type="checkbox"/> Ung. x 30 g | MUPAX NASAL Mupirocina <input type="checkbox"/> Ung. 2% x 8 g |
| CUTANIT Calcipotriol <input type="checkbox"/> Ung. 50 mcg/g x 30 g | NEXPEGL Limeciclina <input type="checkbox"/> 150 mg cápsulas x 30 <input type="checkbox"/> 300 mg cápsulas x 15 <input type="checkbox"/> 300 mg cápsulas x 30 |
| CUTANIT B Calcipotriol+Betamet. Diprop. <input type="checkbox"/> Ung. x 30 g <input type="checkbox"/> Gel tópico x 20 g | ROXEDERM Nivonidazol <input type="checkbox"/> Crema 1% x 30 g |
| CUTANIT LOCION Calcipotriol <input type="checkbox"/> Frasco x 20 ml | SALVICUTAN Clotbetasol <input type="checkbox"/> Crema x 30 g |
| DAPSOGEL Dapsone <input type="checkbox"/> Gel 7,5% x 30 g | TACRODERM Tacrolimus <input type="checkbox"/> Ung. dermat. 0,22% x 10 g <input type="checkbox"/> Ung. dermat. 0,10% x 20 g |
| DAPSONA LAZAR Dapsone <input type="checkbox"/> 100 mg comp. x 50 | UROXACIN Norfloxacina <input type="checkbox"/> 400 mg comp. x 10 <input type="checkbox"/> 400 mg comp. x 20 <input type="checkbox"/> 200 mg comp. x 20 <input type="checkbox"/> 400 mg comp. x 20 <input type="checkbox"/> 400 mg comp. x 40 |
| DERMOTOPIC Adapaleno <input type="checkbox"/> Gel 0,1% x 30 g <input type="checkbox"/> Gel 0,3% x 30 g | XICLOVIR Aciclovir <input type="checkbox"/> 800 mg comp. x 20 <input type="checkbox"/> 800 mg comp. x 40 <input type="checkbox"/> Susp. 8% x 120 ml <input type="checkbox"/> Ung. dermat. x 5 g <input type="checkbox"/> Crema x 5 g |
| DERMOTOPIC CLIN Adapaleno+Clinamicina <input type="checkbox"/> Gel x 30 g | XICLOVIR H Aciclovir+Hidroocortisona <input type="checkbox"/> Crema x 5 g |
| DERMOTOPIC DUO Adapaleno+Peróxido Benzoylo <input type="checkbox"/> Gel x 30 g | |
| DILUTOL Enoxaparina <input type="checkbox"/> 40 mg jar. pref. x 0,4 ml x 10 <input type="checkbox"/> 50 mg jar. pref. x 0,6 ml x 10 <input type="checkbox"/> 90 mg jar. pref. x 0,8 ml x 10 | |
| FANGAN Ketoconazol <input type="checkbox"/> Óv. vaginales x 6 | |
| FANGAN DUO Cinifanidina+Ketoconazol <input type="checkbox"/> Óv. vaginales 400/100mg x 7 | |

Fecha: _____ Firma y sello del médico: _____

Vencimiento: 31/12/2026

BONO A VALIDAR POR SISTEMA IMED

Facturar:

En Zetti: Vali Lazarfarm

Archivar para presentación:

Tickets, recetas y boucher

Formas de Pago:

-
-
-

Tarjeta de crédito
Tarjeta débito
Efectivo

OBRAS SOCIALES



Sector Emisor: Área Obras Sociales
Fecha: Abril 2026
Revisión: 01