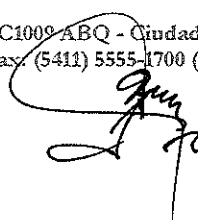
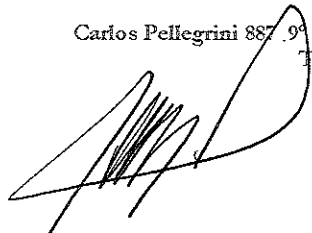


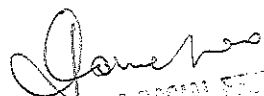
**Anexo II**

**PRESTACIÓN MODULADA HEMODIALISIS CRÓNICA**  
**ARANCELES: OPCION 2**

**Incluye:**

- 1. Honorarios médicos y derechos.**
- 2. Material descartable:**
  - Filtros para hemodiálisis.*
  - Agujas descartables para fistulas.*
  - Tubuladuras arteriales y venosas descartables.*
  - Jeringas descartables.*
  - Tubuladuras para infusiones endovenosas descartables.*
  - Elementos de procesos de Bioseguridad para asepsia y antisepsia.*
- 3. Líquidos de Diálisis:** *modalidad baño de bicarbonato y sus variantes con glucosa, etc. según indicación médica personalizada*
- 4. Medicamentos específicos y habituales a utilizar durante la sesión de diálisis** *(Solución fisiológica y glucosada; Soluciones hipertónicas; Analgésicos; Antieméticos; Antipiréticos; Antiespasmódicos; Complejo vitamínico B; Ácido fólico; Carbonato y lactato de calcio; Vitamina D oral; Sales de hierro oral y endovenoso).*
- 5. Laboratorio básico evaluación mensual tratamiento:**
  - Hto.*
  - HB.*
  - Rto. Blancos*
  - Urea pre y post diálisis*
  - Tgo*
  - Tgp*
  - Ionograma sérico*
  - % Glóbulos rojos hipocrómicos*
  - Calcemia, fosfatemia (opcional según criterio médico)*
  - Creatinina Sérica. (opcional según criterio médico)*
- 6. Vacunación para Hepatitis B a pacientes sin anticuerpos y con serología negativa al ingreso**
- 7. Provisión Eritropoyetina**
- 8. Transfusiones**
- 9. Confección primer acceso vascular con vasos propios**
- 10. Estudios complementarios de urgencia no programados o relacionados por complicaciones intradiálisis:** *Radiología convencional; Electrocardiograma; Hemocultivo; Urocultivo, laboratorio básico diagnóstico, etc. Se realizarán según necesidad del cuadro clínico del paciente y/o de acuerdo a criterio del equipo médico tratante.*
- 11. Apoyo psicológico diagnóstico.**




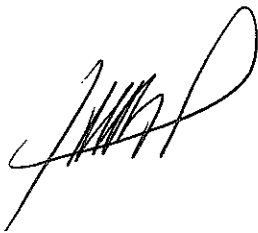
  
UNION SOCIAL FEDERAL  
DANIEL A. MANUPELLI  
PRESIDENTE

- 12. Evaluación y orientación Nutricional.**
- 13. Apoyo Asistencial Social**
- 14. Guardia pasiva de Médico Nefrólogo y Técnico de hemodiálisis para asistir urgencias y realizar tratamiento de hemodiálisis de emergencia.**
- 15. Interconsultas de la especialidad, primera vez y segunda opinión. Programa de calidad**
- 16. Control de altas, calidad de prestación, ley diálisis y trasplante renal**
- 17. Plan Estimulo Trasplante Renal**

**No incluye:**

- 1. Estudios y/o prácticas no vinculadas a la terapia de diálisis crónica.**
- 2. Internaciones y asistencia por complicaciones y/u otras patologías.**
- 3. Traslado de pacientes de urgencia y programados**
- 4. Prótesis y catéteres vasculares transitorios y permanentes**
- 5. Laboratorio no descripto previamente.**
- 6. Estudios pre trasplante renal**
- 7. Descarte total filtros de hemodiálisis**
- 8. Aquello no descripto precedentemente.**

Módulo..... \$ 175,00 por sesión.



DANIEL A. MANIBOUZIAN  
PRESIDENTE

**Anexo III**

**PRESTACIÓN MODULADA DE DIALISIS PERITONEAL CRÓNICA  
AMBULATORIA  
IMPLANTE DE CATETER PERITONEAL Y ENTRENAMIENTO**

**ARANCELES:**

***Implante del Catéter:***

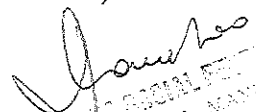
***Incluye:***

- 1. Estudios bioquímicos prequirúrgicos de rutina, coagulación y determinaciones virales.*
- 2. Riesgo quirúrgico, electrocardiograma.*
- 3. Profilaxis antibiótica.*
- 4. Honorarios del cirujano y ayudante para el implante del catéter intraperitoneal permanente.*
- 5. Honorarios del anestesista para anestesia local con apoyo, peridural o general según se requiera*
- 6. Monitoreo intraoperatorio*
- 7. Gasto quirúrgico*
- 8. Medicación en quirófano*
- 9. Recuperación postoperatoria de 12 hs.*
- 10. Materiales específicos de diálisis peritoneal:*

*Catéter con set de implante*

*Conector de policarbonato*

*Línea de Transferencia*

  
ASOCIACIÓN REGIONAL DE DIÁLISIS Y TRANSPLANTES RENALES  
DANIEL A. MANTECÓN  
PRESIDENTE

### **Entrenamiento**

*Durante este período el paciente y un ayudante reciben un entrenamiento teórico práctico de 7 a 10 días de duración por parte de personal especializado y supervisión permanente.*

#### **Incluye:**

- 1) *Honorarios del equipo tratante: nefrólogo, enfermera especializada, psicólogo, asistente social y nutricionista.*
- 2) *Gastos sanatoriales*
- 3) *Materiales de curación y bioseguridad.*
- 4) *Materiales específicos de diálisis peritoneal:*
- 5) *Bolsas de diálisis de diferentes concentraciones y volúmenes, instructivos, clamps, equipo para realizar los cambios.*
- 6) *Evaluación socio-ambiental*
- 7) *Evaluación Psicológica*
- 8) *Evaluación Nutricional*

#### **Excluye:**


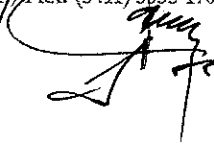
*El valor indicado en el módulo **no incluye** complicaciones que por su gravedad requieran una internación por un período superior al mencionado, en cuyo caso será derivado a una Institución designada por su cobertura médica.*

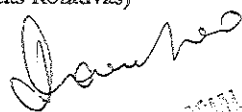
*No incluye traslado.*

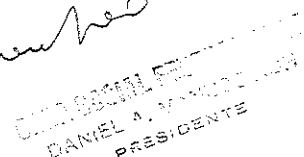
*No incluye recolocación del catéter en caso de fracaso de la dinámica*

Módulo..... \$ 2550 mensual





  
DANIEL A. MARADEI  
PRESIDENTE

**Anexo III**

**PRESTACIÓN MODULADA DE DIALISIS PERITONEAL CRÓNICA  
AMBULATORIA  
TRATAMIENTO MENSUAL**

**ARANCELES: OPCION 1**

**Incluye:**

**1. Honorarios médicos y derechos.**

**2. Material descartable: .**

- Jeringas descartables.
- Tubuladuras para infusiones endovenosas descartables.
- Elementos de procesos de Bioseguridad para asepsia y antisepsia.

**3. Líquidos de Diálisis: cantidad de bolsas necesarias para un (1) mes de tratamiento**

**4. Medicamentos específicos y habituales a utilizar; Complejo vitamínico B; Ácido fólico; Carbonato y lactato de calcio; Vitamina D oral; Sales de hierro oral y endovenoso.**

**5. Laboratorio básico evaluación mensual tratamiento:**

Hto.

HB.

Rto. Blancos

Urea pre y post diálisis

Tgo

Tgp

Ionograma sérico

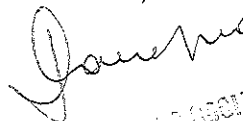
% Glóbulos rojos hipocrómicos

Calcemia, fosfatemia (opcional según criterio médico)

Creatinina Sérica. (opcional según criterio médico)

**6. Vacunación para Hepatitis B a pacientes sin anticuerpos y con serología negativa al ingreso**

**7. Estudios complementarios de urgencia no programados o relacionados por complicaciones intradiálisis: Radiología convencional; Electrocardiograma; Hemocultivo; Cultivo de líquido peritoneal; Urocultivo, Recuento de leucocitos laboratorio básico diagnóstico, etc. Se realizarán según necesidad del cuadro clínico del paciente y/ o de acuerdo a criterio del equipo médico tratante.**



CENTRO REGIONAL DE  
DIALISIS PERITONEAL  
DANIEL A. MARINONI  
PRESIDENTE

8. *Apoyo psicológico diagnóstico.*
9. *Evaluación y orientación Nutricional.*
10. *Apoyo Asistencial Social.*
11. *Guardia pasiva de Médico Nefrólogo y Técnico de diálisis peritoneal fuera de los horarios de actividad de los centros para asistir las urgencias y realizar tratamiento adecuado.*
12. *Interconsultas de la especialidad, primera vez y segunda opinión. Programa de calidad*
13. *Control de altas, calidad de prestación, ley diálisis y trasplante renal*
14. *Plan Estimulo Trasplante Renal*

**No incluye:**

1. *Estudios y/o prácticas no vinculadas a la terapia de diálisis crónica.*
2. *Internaciones y asistencia por complicaciones y/u otras patologías.*
3. *Traslado de pacientes de urgencia y programados.*
4. *Cirugía de accesos vasculares, prótesis y catéteres vasculares transitorios y permanentes*
5. *Recolocación del catéter en caso de fracaso de la dinámica*
6. *Antibióticos para el tratamiento de una peritonitis*
7. *Eritropoyetina*
8. *Transfusiones*
9. *Estudios pre trasplante renal*
10. *Laboratorio no descripto previamente.*
11. *Aquello no descripto precedentemente.*

**Módulo con Eritropoyetina ..... \$ 2550 mensual**

**Módulo de Diálisis Peritoneal Automatizada (con cicladora)..... \$ 2900 mensual**



  
CLUB SOCIAL FERIA  
DANIELA A. VILLALBA  
PRESIDENTE

**Anexo IV**

**- Módulo Pre-Transplante Renal con Donante Cadavérico-**

**INCLUYE**

**Estudios de Histocompatibilidad**

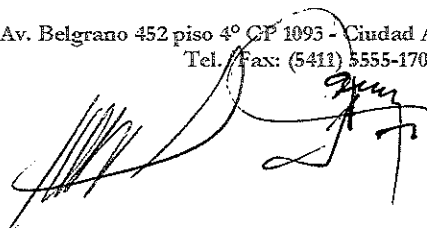
- Determinación de antígeno HLA - ABC
- Determinación de antígeno HLA - DR por biología molecular
- Cross - match frente a panel


Exámenes complementarios necesarios para determinar si el paciente esta en condiciones de ser receptor.

- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Análisis infectológicos
- Consulta con Nefrólogo
- Consultas relacionadas con especialidades intervinientes
- Estudios de diagnóstico por imágenes
- Exámenes cardiológicos y riesgo quirúrgico
- Examen ginecológico y/o andrológico
- Exámenes urológicos
- Exámenes gastroenterológicos

**TOTAL:           \$ 3.400,-**

**Este módulo no incluye IVA. El mismo se adicionará al monto en caso de corresponder, según la legislación vigente.**



  
DANIEL A. FERRARI  
PRESIDENTE

**Anexo IV**

**- Modulo Pre-Trasplante Renal con Donante Vivo - (receptor y dador)**

**INCLUYE**

**Estudios de Histocompatibilidad**

- Determinación de antígeno HLA - ABC
- Determinación de antígeno HLA - DR por biología molecular
- Cross - match familiar hasta 4 donantes
- Cross - match frente a panel
- Cross - match contra linfocitos B y T, del dador (cross - match pre-trasplante)

Exámenes complementarios necesarios para determinar si el paciente esta en condiciones de ser receptor.

- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Análisis infectológicos
- Estudios de diagnóstico por imágenes
- Exámenes cardiológicos y riesgo quirúrgico
- Examen ginecológico y/o andrológico
- Exámenes urológicos
- Exámenes gastroenterológicos

Exámenes complementarios necesarios para determinar si el paciente esta en condiciones de ser dador.

- Análisis de sangre
- Análisis de orina
- Análisis infectológicos
- Estudios de diagnóstico por imágenes
- Exámenes cardiológicos y riesgo quirúrgico

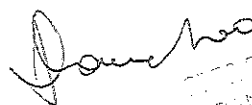
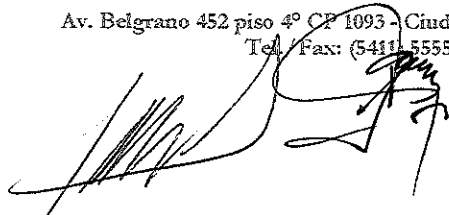
  
DANIEL A. FERNÁNDEZ  
PRESIDENTE



- Exámenes ginecológicos y/o andrológicos

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>TOTAL:</b> <b>\$ 4.600,-</b> |
|---------------------------------|

**Este módulo no incluye IVA. El mismo se adicionará al monto en caso de corresponder, según la legislación vigente.**



ASOCIACIÓN REGIONAL DE DIÁLISIS Y TRANSPLANTES RENALES  
DANIEL A. MANCINI  
PRESIDENTE

**Anexo IV**

**- Módulo de Trasplante Renal con Donante Cadavérico -**

El Módulo de Trasplante Renal es un conjunto de prestaciones que se realizan a un paciente pediátrico o adulto, a quien se practica un trasplante renal con donante cadavérico.

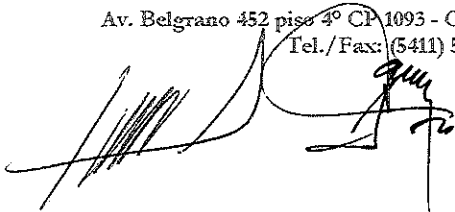
Duración del módulo:

-Hasta 20 días para el receptor. Esto incluye hasta 6 días en Unidad de Terapia Intensiva y hasta 14 días en la Unidad de Trasplante.

-A partir del día 21, se facturarán los días de acuerdo al convenio vigente de internación en el área correspondiente.

**INCLUYE:**

- Gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso del equipamiento e instrumental especializado para la realización del trasplante
- Honorarios del equipo de trasplante (cirujanos, ayudantes, monitoristas, anestesista, técnicos, clínicos, especialistas e interconsultores)
- Laboratorio: todas las prácticas del nomenclador nacional de análisis clínicos que fueren necesarias efectuar durante el período que dure el módulo, incluyendo hematología, infectología y radioinmunoensayo.
- Hemoterapia: gastos y honorarios médicos de las prácticas, materiales descartables y los estudios serológicos de prácticas nombradas para transfusiones.
- Diagnóstico por imágenes: prácticas nombradas durante el período que dure el módulo, materiales descartables y medios de contraste, ecografías, estudio dinámico renal.
- Medicamentos: medicación y provisión de drogas empleadas en cirugía y durante el período de internación comprendidos en el módulo.
- Material Descartable: empleados en cirugía y en internación durante el período comprendido en el módulo.

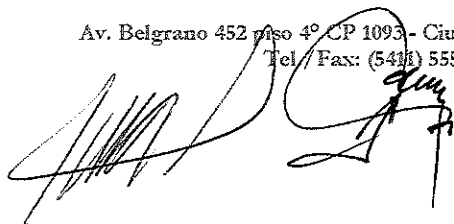


  
DANIEL A. MARQUESE  
PRESIDENTE

**EXCLUYE:**

- Laboratorio: estudios de inmunología así como prácticas no nomencladas.
- Hemoterapia: kits especiales (aféresis), la sangre y sus derivados que deberán ser provistos por el paciente.
- Diagnóstico por imágenes: resonancia magnética, tomografía axial computada.
- Medicamentos: medicamentos especiales tales como inhibidores de la calcineurina; linfoglubina; antilinfocitaria y antimonocitaria; anticuerpos monoclonales, citostático; quimioterápicos, gamma globulina humana endovenosa, expansores plasmáticos, interferones inyectables, factores antihemofílicos, complejo protrombínico humano, factores de coagulación hemostático tipo Protomplex o similares, antivirales (aciclovir, ganciclovir), aminoácidos, lípidos, antifúngicos. Medicación inmunosupresora (ciclosporina, tacrolimus).  
**Nota:** cualquier medicamento, que durante la internación, no fuera provisto dentro de las 48 hs. por la entidad correspondiente, será facturado a valor del manual farmacéutico.
- Prótesis, parches, marcapasos definitivos y cualquier otro elemento implantable.
- Hemodiálisis.
- Cirugías no relacionadas con el trasplante renal.
- Cualquier otra práctica no enunciada precedentemente como incluida y/o no nomenclada se considera excluida.

**TOTAL: \$ 19.000-**



MANUEL A. M. P. PRESIDENTE

**Situaciones no previstas en los incisos anteriores.**

Aquellos pacientes que fallecieran en el acto quirúrgico o en la primera semana posterior al mismo, el financiador deberá abonar dentro de las 72 horas de presentada la facturación el 80 % correspondiente al presupuesto de trasplante renal.

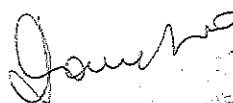
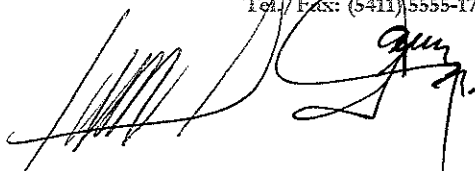
Aquellos pacientes que fallecieran o sean dados de alta con posterioridad a la primera semana desde el acto quirúrgico, determinaran el pago total (100%) del presupuesto de trasplante renal.

Esta incluido en el presente módulo, el costo de las eventuales cirugías relacionadas con el implante, durante el lapso de duración del mismo.

Toda otra prestación y/o cirugía no comprendida en la descripción antes mencionada, o que a pesar de estar relacionada con el implante se produzca después del día 20 de internación período de vigencia del módulo, se facturará por separado.

**Este módulo no incluye IVA. El mismo se adicionará al monto en caso de corresponder, según la legislación vigente.**

En caso de aceptarse el valor presupuestado, el mismo deberá ser abonado según lo acordado.



DANIEL A. MENDELSON  
PRESIDENTE

**Anexo IV**

**- Módulo de Trasplante Renal con Donante Vivo (receptor - dador) -**

El Módulo de Trasplante Renal es un conjunto de prestaciones que se realizan a un paciente pediátrico o adulto, a quien se practica un trasplante renal con donante cadavérico y/o vivo.

Duración del módulo:

-hasta 20 días para el receptor. Esto incluye hasta 6 días en unidad de Terapia Intensiva y hasta 14 días en la Unidad de Trasplante.

-hasta 7 días para el donante en la Unidad de Trasplante.

A partir del día 21, las prestaciones del receptor se facturarán por prestación de acuerdo a los valores de contratación.

**INCLUYE:**

- Gastos y derechos quirúrgicos, consumo de oxígeno, monitoreo, instrumentación y uso del equipamiento e instrumental especializado para la realización del trasplante y la ablación del dador vivo.
- Honorarios del equipo de trasplante (cirujanos, ayudantes, monitoristas, anestesista, técnicos, clínicos, especialistas e interconsultores)
- Laboratorio: todas las prácticas del nomenclador nacional de análisis clínicos que fueren necesarias efectuar durante el período que dure el módulo, incluyendo hematología, infectología y radioinmunoensayo.
- Hemoterapia: gastos y honorarios médicos de las prácticas, materiales descartables y los estudios serológicos de prácticas nombradas para transfusiones.
- Diagnóstico por imágenes: prácticas nombradas durante el período que dure el módulo, materiales descartables y medios de contraste, ecografías, estudio dinámico renal.
- Medicamentos: medicación y provisión de droga empleada en cirugía y durante el período de internación comprendidos en el módulo
- Material Descartable: empleados en cirugía y en internación durante el período comprendido en el módulo.



  
DANIEL A. MANDO  
PRESIDENTE

**EXCLUYE:**

- Laboratorio: estudios de inmunología así como prácticas no nombradas.
- Hemoterapia: kits especiales (aféresis), la sangre y sus derivados que deberán ser provistos por el paciente y/o entidad financiadora.
- Diagnóstico por imágenes: resonancia magnética, (tomografía axial computada)
- Medicamentos: medicamentos especiales tales como: inhibidores de la calcineurina; linfoglubina antilifocitaria y antitimocitaria; anticuerpos monoclonales, cotostático; quimioterápicos, gamma globulina humana endovenosa, expansores plasmáticos, interferones inyectables, factores antihemofílicos, complejo protomínico humano, factores de coagulación hemostático tipo Protomplex o similares, (aciclovir), ganciclovir, aminoácidos, lípidos, antivirales o antifúngicos.


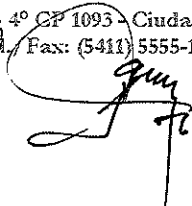
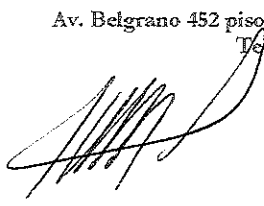
**Nota:** cualquier medicamento, que durante la internación, no fuera provisto dentro de las 48 hs. por la entidad correspondiente, será facturado a valor del manual farmacéutico.

- Prótesis, parches, marcapasos definitivos y cualquier otro elemento implantable.
- Hemodiálisis.
- Cualquier otra práctica no enunciada precedentemente como incluida y/o no nombrada se considera excluida.

**TOTAL: \$22.500,-**

**Situaciones no previstas en los incisos anteriores.**

Aquellos pacientes que fallecieran en el acto quirúrgico o en la primera semana posterior al mismo, el financiador deberá abonar dentro de las 72 horas de presentada la facturación el 80 % correspondiente al presupuesto de trasplante renal.



ASOCIACIÓN REGIONAL DE DIÁLISIS Y TRANSPLANTES RENALES  
DANIEL A. MANUCCI  
PRESIDENTE

Aquellos pacientes que fallecieran o sean dados de alta con posterioridad a la primera semana desde el acto quirúrgico, determinaran el pago total (100%) del presupuesto de trasplante renal.

Esta incluido en el presente módulo, el costo de las eventuales cirugías relacionadas con el implante, durante el lapso de duración del mismo.

Toda otra prestación y/o cirugía no comprendida en la descripción antes mencionada, o que a pesar de estar relacionada con el implante se produzca después del día 20 de internación período de vigencia del módulo se facturará por separado.

**Este módulo no incluye IVA. El mismo se adicionará al monto en caso de corresponder, según la legislación vigente.**

En caso de aceptarse el valor presupuestado, el mismo deberá ser abonado según lo acordado.



ASOCIACIÓN REGIONAL DE DIÁLISIS Y TRANSPLANTES RENALES  
DANIEL A. MARRICHOVA  
PRESIDENTE

**Anexo IV**

**MÓDULO DE CONTROL MENSUAL POST- TRASPLANTE RENAL**

**1. Prestaciones del primer semestre**

Prestaciones mensuales incluidas:

**1.1 Incluye:**

Laboratorio mensual y semanal, nomencado y no nomencado

Consultas

Dosajes de ciclosporinas en sangre, y/o dosaje de Tacrolimus (Prograf), por anticuerpos monoclonales específicos (hasta el cuarto mes inclusive, un mínimo de cuatro por mes, y desde el quinto mes, un mínimo de dos por mes).

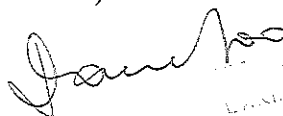
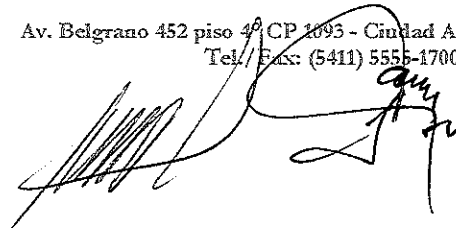
Radiografía de tórax frente y perfil

Ecografía renal (una cada tres meses)

Serología: HIV (IgG, ELISA o Western Blot), CMV (IgG e IgM y E.A.), E.B.(VCA IgG-IgM, EBNA, y EA), Ac. Anti-Core (ELISA), HBS AG (ELISA) ANTI HBS (ELISA) HCV (IGG, IGM, ELISA, RIBA II O III O LIA), HT LV 1-1 (IGG E IGM) y antígeno P24 cada tres meses.

Punción aspirativa.

**\$ 640.-**



ASOCIACIÓN REGIONAL  
DE DIÁLISIS Y TRANSPLANTES RENALES  
PRESIDENTE



## 2. Prestaciones del Segundo semestre

### 2.1 Prestaciones mensuales incluidas:

Laboratorio mensual y semanal, nomencado y no nomencado

Consultas

Dosajes de ciclosporina y/o dosaje de Tacrolimus (Prograf) (mínimo dos al mes)

Radiografía de tórax frente y perfil

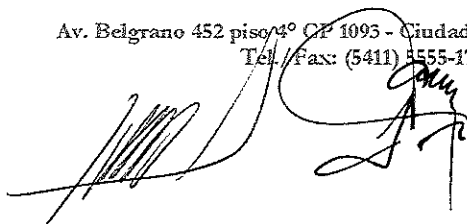
Ecografía renal (una cada tres meses)

Serología: HIV (IgG, ELISA o Western Blot), CMV(IgG e IgM y E.A.), E.B.(VCA IgG-IgM,

EBNA,y EA), Ac.Anti-Core (ELISA), HBS AG (ELISA), Anti HBS (ELISA), HCV (IgG, IgM, ELISA, RIBA II O III O LIA) HTLV- 1 (IgG e IgM) y .Antígeno P24 cada tres meses.

Punción aspirativa

**\$ 450.-**



MINISTERIO DE SALUD  
MUNICIPIO AUTÓNOMO DE BUENOS AIRES  
PRESIDENTE

### **3. Seguimiento después del primer año**

#### **3.1 Prestaciones mensuales incluidas:**

Laboratorio mensual y semanal, nomencado y no nomencado

Consultas

Dosajes de ciclosporinas y/o dosaje de Tacrolimus (Prograf) (mínimo uno por mes).

Radiografía de tórax frente y perfil

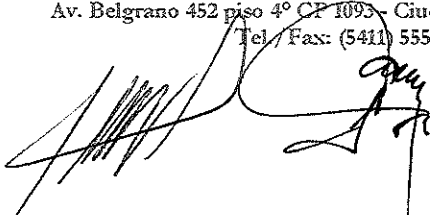
Ecografía renal (una por año)

Metabolismo fosfocálcico (uno por año)

Serología: HIV (IgG, ELISA o Western Blot), CMV(IgG e IgM y E.A.), E.B.(VCA IgG-IgM, EBNA,y EA), Ac.Anti-Core (ELISA), HBs Ag (ELISA), Anti HBs (ELISA), HCV (IgG, IgM, ELISA, RIBA II o III o LIA), HTLV- 1 (IgG e IgM) y .Antígeno P24 cada tres meses.

Punción aspirativa

**\$ 400.-**



  
COMISIONAL DE TRANSPLANTES  
DANIEL A. MARADEI  
PRESIDENTE