

DERMOLIPECTOMIA

COBERTURA E CODIFICAÇÃO

O procedimento Dermolipectomia tem cobertura prevista para os planos não adaptados e adaptados.

Para os planos adaptados devem ser preenchidos os critérios descritos na Diretriz de Utilização da RN 428.

Para os planos não adaptados, deve ser enviado para perícia médica, a qual define a pertinência técnica.

A Dermolipectomia de outras áreas como braços (braquial), coxas (crural) e dorso (torsoplastia) não tem cobertura prevista pelo rol, de acordo com a RN 428.

CÓDIGO TUSS	DESCRIÇÃO
30101271	DERMOLIPECTOMIA PARA CORREÇÃO DE ABDÔMEN EM AVENTAL

DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO 18. DERMOLIPECTOMIA

1. Cobertura obrigatória em casos de pacientes que apresentem abdome em avental decorrente de grande perda ponderal (em consequência de tratamento clínico para obesidade mórbida ou após cirurgia de redução de estômago), e apresentem uma ou

mais das seguintes complicações: candidíase de repetição, infecções bacterianas devido às escoriações pelo atrito, odor fétido, hérnias, etc.

Todas as solicitações devem ser encaminhadas para autorização prévia.

Estes casos, preferencialmente, deverão ser enviados para perícia/junta médica, onde profissional irá analisar as questões descritas em Diretriz de Utilização e/ou definir o caráter funcional do procedimento.

Em casos que não for possível a perícia/junta médica, deverá ser enviado relatório detalhado, com quadro clínico, histórico de obesidade, o quanto houve de perda ponderal e registro fotográfico, para que seja possível evidenciar a presença de abdome em avental.