

NORMAS GENERALES – NOMENCLADOR DE CIRUGIA

A) HONORARIOS.

Se establecen 3 Niveles de categorización de profesionales:

- Básica
- Categoría “B”
- Categoría “C”

CIRUJANO AYUDANTE.

CANTIDAD DE AYUDANTES: Los mismos se establecieron según los Niveles y complejidad asignadas a cada intervención quirúrgica.

- Si en alguna intervención el cirujano requiere de una ayudantía adicional a las establecidas, deberá justificar debidamente las razones que avalan su requerimiento y solicitar la correspondiente autorización a la Obra Social.

HONORARIOS DEL AYUDANTE.

El o los ayudantes percibirán cada uno el equivalente al 30 % del honorario del cirujano principal. Este porcentaje se calculará sobre los valores correspondientes a la categoría del cirujano ayudante, independientemente de la categoría en que reviste el cirujano principal.

En el caso que el ayudante no tenga incluida la prestación brindada en su oferta prestacional, percibirá los porcentajes indicados sobre los valores establecidos para la categoría básica. Ej de Clínico categorizado que actúa como ayudante de colecistectomía, percibirá el % que corresponda al valor básico, en situaciones especiales.

B) ATENCION DEL POST OPERATORIO.

Los honorarios del especialista incluyen toda la atención del cirujano desde el día de la intervención hasta las 72 hs posteriores a la cirugía, a partir de las 72hs, se facturará una consulta diaria hasta el día del egreso del paciente.

C) INTERVENCIONES REALIZADAS EN HORARIOS ESPECIALES.

Toda intervención realizada entre las 21hs y las 7hs, y desde las 13hs del día sábado hasta las 7hs. del día lunes o durante las 24 horas de los días feriados, tendrán un recargo del 20% sobre los aranceles, independientemente de la hora de ingreso del paciente, para aquellos que requieran internación siempre y cuando que su estado clínico y la evolución de su patología impidan la postergación de la practica y obliguen a su realización inmediata.

D) INTERVENCIONES MULTIPLES.

Cuando se realice más de una intervención en un mismo acto quirúrgico, se tendrán en cuenta las siguientes normas:

1. Las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje, dirigidas a tratar una misma patología, se considerarán procedimientos

- complementarios y se facturarán los honorarios según el nivel del código correspondiente al de mayor valor. No habiendo en este caso sumatoria.
2. Las operaciones múltiples realizadas a través de una misma incisión o vía de abordaje, dirigidas a tratar patologías o procesos distintos, se considerarán como operaciones múltiples correspondiendo facturar 100% del nivel mayor y el 50% de las restantes.
 3. En el caso de intervenciones realizadas por distintas vías de abordaje o incisiones diferentes en un mismo acto quirúrgico y que no están específicamente contempladas en sus respectivos códigos, se facturará por honorarios el 100% del nivel mayor y el 75% de las restantes.
 4. Para el caso de tratarse de suturas por heridas múltiples, se facturará de honorarios médicos el 100% del nivel mayor y el 50% del valor que corresponda a las suturas subsiguientes.
 5. Para el caso de los procedimientos ortopédicos o traumatológicos que no se encuadren en los puntos 1 a 3 del presente apartado, como ser el caso de las fracturas múltiples no quirúrgicas o luxaciones, entorsis, etc, se facturará el 100% del nivel mayor y el 50% de las siguientes.
 6. En las tomas de injerto para hueso, que no estuvieran específicamente contempladas en los códigos respectivos, se facturará de honorarios médicos un 20% sobre el valor de la operación que se realice cuando el injerto debe tomarse de una región no comprendida en el campo quirúrgico utilizado, independientemente del sitio que se elija. No se facturará el 20% cuando la toma sea "in situ" o cuando provenga de banco de huesos.
 7. Cuando practica una intervención quirúrgica debiera agregarse necesariamente la ejecución de otra, en el post operatorio de la primera, con un nuevo abordaje o por la misma vía de reoperación, se liquidarán honorarios correspondientes al 100% de cada una.
 8. En los códigos de intervenciones quirúrgicas donde se consigne "como única operación", significa que la misma solo podrá facturarse cuando se realice en esas condiciones, pero no cuando esa intervención sea parte o complemento de otra.
 9. Para el cálculo de los honorarios correspondientes a ayudantes en intervenciones múltiples, se aplicarán los mismos porcentajes y normas establecidas precedentemente.
 10. Cuando en una intervención quirúrgica se utilice anestesia local (para Niveles 2 y 3), se abonará al cirujano un adicional del 30%, no abonando en estos casos la práctica de anestesiología.

E) PRACTICAS VIDEO LAPAROSCOPICAS.

Cuando la práctica descrita en este nomenclador que se pueda facturar por la técnica video asistida, se indican con la letra L.

En dichas prestaciones se adicionará el 30 % sobre el valor del honorario establecido en cada categoría. Con excepción de IOMA que se adiciona el 20 %.

En cuanto al derecho de aparatología si el profesional actuante cuenta con la habilitación por parte de FEMEBA (DDJJ con firma del establecimiento), podrá facturar el derecho de aparatología, en cuyo caso se establecen valores diferenciales de acuerdo al nivel de la prestación y/o si la misma es diagnóstica o terapéutica, según el siguiente detalle, con excepción de IOMA que se abona de acuerdo al UDA establecido por el Instituto.

Diagnósticas independientemente del nivel se asignan 13 unidades básicas.

Terapéuticas:

Nivel 2/3/4 se asignan 13 unidades básicas

Nivel 5/6/7 se asignan 21 unidades básicas

Nivel 8/9 se asignan 25 unidades básicas

F) EDADES EXTREMAS.

En las cirugías realizadas a pacientes menores 14 años o mayores de 70 años, se facturará un 20% sobre la complejidad correspondiente.

G) EMERGENCIA.

Cuando la intervención quirúrgica deba realizarse en forma inmediata al ingreso del paciente y que, por su severidad, no puede ser postergada, ya que su no realización pone en riesgo la vida del paciente, la viabilidad o función de un miembro, se adicionara un recargo del 20% sobre el nivel correspondiente.

H) SITUACIONES ESPECIALES.

1) Previa autorización de la Obra Social se podrá adicionar o facturar un 20% al valor de la prestación, en los siguientes casos:

- Pacientes con obesidad extrema (más de 40 de índice de masa corporal). No abarca a cirugía bariátrica.
- En áreas con secuelas de radioterapia en cirugía de cabeza y cuello.
- Operaciones realizadas a niños de menos de 6.000 grs.
- Operaciones suspendidas en quirófano, cuando el profesional concurre y la intervención es suspendida por razones inherentes al paciente.

2) En el Nivel 1 para prácticas quirúrgicas en ambulatorio se adiciona la facturación de una consulta. En internación se incrementan las unidades de dicho nivel a 2.

3) Utilización de Arco en C en la intervención se adiciona un 5% sobre el honorario básico.

I) INJERTOS OSEOS.

Si alguna práctica determinada requiere la utilización de injerto óseo en cualquier de sus formas (no especificada en el Nomenclador), se agregará al código correspondiente el porcentaje que se establece en la siguiente tabla, de acuerdo al tipo de injerto:

- 25 % Injerto óseo Autólogo
- 15 % Injerto óseo de Banco.
- 5 % Sustituto óseo.

J) ACLARACION.

El nivel 10 comprende a prácticas quirúrgicas de Complejidad de Alto Costo y baja incidencia, algunas comprendidas en los módulos institucionales y también se aplicara a prácticas de reciente incorporación que a través de su habitualidad y eficacia serán incorporadas a su nivel correspondiente.

El nivel 9 comprende a prácticas quirúrgicas que impliquen riesgo vital intraoperatorio.

