

Les nouvelles cotations POUR LES NULS

MODIFICATIONS DE NOMENCLATURE A DATER DU 22 MARS 2012

MARS 2012

En application de la convention médicale 2011, signée par la CSMF, les premières mesures de nomenclature qui constituent des avancées tarifaires substantielles, s'appliqueront dès le 22 mars. En voici le détail.

ACTE PONCTUEL DE CONSULTANT : C2

a) Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant : première consultation C2, deuxième consultation de synthèse CS.

Ce médecin ne facture jamais d'acte technique dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant et cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré-anesthésique.

b) Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour étayer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'élaboration de son diagnostic. Dans ce cas, la consultation est cotée C2 et les actes techniques réalisés un autre jour (sauf exception) sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

La consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur.

CONSULTATION RÉALISÉE PAR UN MÉDECIN PÉDIATRE

1) Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour réalisée par un pédiatre.

Cette consultation ou visite effectuée par le pédiatre ouvre droit, en sus des honoraires et le cas échéant des frais de déplacements, des majorations MBB, FPE et MNP, soit à titre d'exemple pour une consultation : **CS + MBB + FPE + MNP = 38,00 euros**. La MNP n'est pas accessible aux pédiatres de secteur 2, sauf pour les patients relevant de la CMUc

2) Consultation ou visite pour un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus :

CS ou VS + forfait pédiatrique FPE + Majoration Nourrisson Pédiatre MNP = 31 euros en secteur 1. La MNP n'est pas accessible aux pédiatres de secteur 2, sauf pour les patients relevant de la CMUc, ne peut être associée avec la majoration forfaitaire transitoire pour consultation des médecins spécialistes MPC, ni avec la facturation d'un DE.

3) Consultation spécifique réalisée par un pédiatre pour l'examen obligatoire des 8 jours, au cours du 9^{ème} ou 10^{ème} mois, au cours du 24^{ème} ou 25^{ème} mois suivant la naissance, majoration spécifique nommée MBB, cette majoration est cumulable, le cas échéant, avec la FPE et la MNP, soit pour une consultation : **CS + FPE + MBB + MNP = 38,00 euros**. La MNP n'est pas accessible aux pédiatres de secteur 2, sauf pour les patients relevant de la CMUc

4) Enfant de 25 mois à 6 ans vu par le pédiatre, consultation ou visite en sus des honoraires, une majoration dénommée Majoration Pédiatre Enfant MPE. Cette majoration peut être associée au forfait transitoire pour consultation au cabinet du médecin spécialiste MPC appelée MPJ en pédiatrie, elle n'est pas cumulable avec les majorations FPE, MNP et MBB. Soit pour une consultation : **CS + MPJ + MPE = 31 euros en secteur 1.** La MPJ et la MPE ne sont pas accessibles aux pédiatres de secteur 2, sauf pour les patients relevant de la CMUc.

CONSULTATION DE PSYCHIATRIE

- a) **Consultation avec la famille** d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible d'au moins égale à un an, réalisée chez un enfant de moins de 16 ans par un pédiatre, majoration dénommée Majoration Consultation Famille MPF, soit :
CNPSY + MPC + MPF
- b) **Consultation urgente** réalisée au cabinet du psychiatre à la demande du médecin traitant dans les 2 jours ouvrables suivant cette demande. Cette consultation est cotée **CNPSY 1,5**.

POUR LA DERMATOLOGIE

Consultation de dépistage du mélanome réalisé au cabinet par le médecin spécialiste en dermatologie, consultation : **CDE et d'une valeur égale à 2 CS**

Cumul des honoraires des actes de biopsie dermo-épidermique par abord direct (QZHA001) **et de biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux**, par abord direct (QZHA005) avec une consultation de dermatologie : CS + acte technique tarifé à 50 % de sa valeur.

Consultation : CS + MCS + MPC ou C2

Extension de la liste des actes éligibles au Forfait de Sécurité Dermatologique FSD

QZFA002

Exérèse d'une lésion sous-cutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe

Avec ou sans : résection de peau

Indication : acte thérapeutique

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025)

(Forfait Sécurité Dermatologie)

QZFA001

Exérèse de 2 à 5 lésions sous-cutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe

Avec ou sans : résection de peau

Indication : acte thérapeutique

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025)

*(Forfait Sécurité Dermatologie)**

QZFA005

Exérèse de 6 lésions sous-cutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe

Avec ou sans : résection de peau

Indication : acte thérapeutique

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025)

(Forfait Sécurité Dermatologie)

QZFA007

Exérèse de lésion sous-cutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe

Avec ou sans : résection de peau

Indication : acte thérapeutique

Facturation : les actes à visée esthétique ne peuvent pas être facturés (ZZHA001, ZZLP025)

(Forfait Sécurité Dermatologie)

POUR LA GYNÉCOLOGIE

Cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal avec ceux de la consultation.

CS + MPC + MCS + JKHD001 ou C2 + JKHD001. L'acte de consultation est tarifé à taux plein (CS + MPC ou C2) et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les 3 ans dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon des recommandations de la HAS.

POUR L'ENDOCRINOLOGIE OU LA MÉDECINE INTERNE

Majoration de certaines consultations pour les médecins spécialistes en endocrinologie ou médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie : cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour les patients de 16 ans et plus dans le cadre du parcours de soins hors acte de consultant, elle n'est pas cumulable avec le DA, elle est cumulable avec la majoration de coordination MCS et avec la majoration forfaitaire transitoire MPC.

Pour les patients de moins de 16 ans, la MCE est applicable ainsi que la MPC.

“Extrait du JO Décision du 20/12/2011 de l'UNCAM

11o L'article 15.4. – Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est remplacé par les dispositions suivantes :

“La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE) ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est applicable pour les consultations suivantes, en coordination avec le médecin traitant :

1. Diabète inaugural ou compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant.

Cette consultation concerne les patients :

Diabétiques de type 1 :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1 ;*
- lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;*
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;*

Diabétiques de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant ;*
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;*
- lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;*
- lors de la ou des consultations pour mise en oeuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.*

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical (histoire de la maladie, compte rendu d'hospitalisation, faits nouveaux depuis la sortie d'hospitalisation ou depuis le dernier contact, ressenti du patient, comorbidités, examens complémentaires, carnet de surveillance...);
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'autosurveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions ;
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants ;
- remettre au patient un compte rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2. Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

- thyroïdite, maladie de Basedow ;
- cancer thyroïdien ;
- hyperthyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications ;
- pathologie hypothalamo-hypophysaire ;
- pathologie du métabolisme hydrique ;
- pathologie des glandes surrénales ;
- pathologie des glandes parathyroïdes ;
- tumeur endocrine de l'ovaire ;
- tumeur endocrine du pancréas ;
- affection pluri-endocrinienne.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical ;
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, les interférences médicamenteuses, les prescriptions ;
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants ;
- remettre au patient un compte rendu de consultation.

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (art. 2 bis de la NGAP). Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la MPC applicable pour ces patients. La valeur de la MCE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2."

POUR LA MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Inscription à la CCAM d'un nouvel acte de nomenclature PEQP003

Mesure de la force, du travail et de la puissance musculaire de 1 ou 2 articulations, par dynamomètre informatisé et motorisé Indication : évaluation et quantification, en deuxième intention, des déficiences musculaires pour objectiver l'efficacité d'un programme de rééducation du genou

Formation : formation complémentaire et spécifique en isocinétisme, sauf pour les médecins de médecine physique et réadaptation

Facturation : suivi d'un programme de rééducation validé par la Société française de médecine physique et de réadaptation [SOFMER] dans les dix-huit premiers mois postopératoires d'une reconstruction de ligament croisé du genou, 3 actes au plus peuvent être facturés par patient.

ACTES RÉALISÉS EN URGENCE

- a) Revalorisation de 4,50 € des actes urgents régulés (VRM) effectués en ville en nuit profonde (de 0h à 6h).
- b) Modificateur "S" d'une valeur de 40 € pour les **actes thérapeutiques réalisées en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale** en clinique, la nuit de 0h à 06h.