

SML

Focus revalorisations au 1^{er} juillet 2013

Le SML peut vous aider pour toute question touchant à la nomenclature.

Pour le contacter : lesml@lesml.org

Actes cliniques

Consultation de suivi après hospitalisation pour décompensation d'insuffisance cardiaque (MIC)

- **Facturée C(S) + MIC = 46€ ou V(S) + MD + MIC = 56€**

Effectuée par le médecin traitant en présence des aidants habituels, pour les patients insuffisants cardiaques polypathologiques et polymédicamentés, ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie.

Au cours de cet acte à réaliser une seule fois dans les deux mois suivant la sortie, à domicile ou non, le médecin traitant :

- Évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, des signes d'alarme et de son traitement ;
- Réévalue et apprécie l'efficacité ainsi que la tolérance du traitement ;
- Met en œuvre un plan de soins en concertation avec le cardiologue correspondant, sur la nécessité de consultations spécialisées complémentaires, sur toute action permettant d'éviter une réhospitalisation en urgence ;
- veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.

Cette consultation ne peut être cotée que par les secteurs 1, les secteurs 2 adhérant au contrat d'accès aux soins ou, pour les autres secteurs 2, pour les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS.

Consultation de suivi de sortie d'hospitalisation (MSH)

- **Facturée C(S) + MSH = 46€ ou V(S) + MD + MSH = 56€**

Réalisée par le médecin traitant après une hospitalisation avec notion de sévérité (complication, comorbidités), dans un service de court séjour ou de psychiatrie, pour une intervention chirurgicale ou pour une pathologie chronique grave. **Elle est facturable par le psychiatre correspondant.**

Elle concerne les patients polypathologiques, présentant une altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché spécifique et la coordination avec au moins un intervenant paramédical, dans les suites d'un séjour hospitalier qui a présenté :

- soit la nécessité d'un recours à une intervention chirurgicale ;
- soit pendant lequel a été diagnostiquée une pathologie chronique grave ou la décompensation d'une pathologie chronique grave préexistante.

Au cours de cet acte à réaliser une seule fois dans le mois suivant la sortie, à domicile ou non, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation :

- Il évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte familial et social ;
- Il évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme ;
- Il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement ;
- Il veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place ;
- Il renseigne le dossier médical du patient."

Cette consultation, qui ne peut être facturée après un acte de chirurgie ambulatoire, ne peut être cotée que par les secteurs 1, les secteurs 2 adhérant au contrat d'accès aux soins ou, pour les autres secteurs 2, pour les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS.

Extension du forfait médecin traitant aux patients non ALD : 5 € annuels

« Le médecin traitant assurant la prise en charge de patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur reçoit une rémunération forfaitaire annuelle intitulée « forfait médecin traitant » pour contribuer à l'amélioration de la prévention et du suivi de ces patients, en lien avec l'élaboration du volet médical de synthèse.

Le montant de cette rémunération spécifique forfaitaire annuelle (FMT) par patient est de 5 euros. Ce forfait est versé globalement à trimestre échu pour tous les patients dont la date d'anniversaire de la déclaration MT se situe dans le trimestre considéré.

Ce forfait ne peut être perçu que par les secteurs 1 ou les secteurs 2 adhérant au contrat d'accès aux soins.

Majoration Personne Agée (MPA), qui se cumule avec la C, CS, C2, V, CSC, CNPSY : 5 €

A compter du 01 juillet 2013, chaque consultation ou visite effectuée par un médecin, en secteur 1 ou adhérant au contrat d'accès aux soins, pour une personne âgée de plus de 85 ans, donne droit à une majoration de 5€ qui sera versée directement par l'Assurance Maladie chaque trimestre.

Séance d'acupuncture QZRB001: 18 €

Indication : traitement adjuvant et de deuxième intention chez l'adulte :

- nausées et vomissements en alternative thérapeutique ;
- antalgique en association à d'autres traitements ;
- syndrome anxiodépressif, en association avec un programme de prise en charge globale
- aide au sevrage alcoolique et tabagique.

Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale.

Majoration de suivi de grand prématuré par le pédiatre (MPP) : 5€

Une majoration de suivi pour les actes effectués par le pédiatre chez les nouveau-nés grands prématurés (né avant 32 semaines et six jours d'aménorrhée) et jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave.

Au cours de cette consultation, le pédiatre :

- réalise un examen somatique, moteur et sensoriel de l'enfant ;
- apprécie son développement staturo-pondéral et neuro-psychologique ;
- conseille les parents et leur fournit une information claire sur l'évolution de leur enfant et les éventuelles thérapeutiques en cours et à venir ;
- si nécessaire, il se met en relation avec les autres intervenants.

Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre exerce en secteur 1, en secteur 2 adhérant au contrat d'accès aux soins ou, pour les autres secteurs 2, pour les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS.

Cette majoration s'applique sur la consultation à tarif opposable. Elle est cumulable le cas échéant avec les majorations FPE, MNP, MPE, MBB.

Application des majorations cliniques MPC et MNP et MPE pour les médecins spécialistes secteurs 2 adhérant au contrat d'accès aux soins et pour les médecins spécialistes secteurs 2 concernant les patients bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU.

CCAM technique

Ces revalorisations concernent les médecins secteur 1 et les médecins secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, dès qu'il sera ouvert.

Application du modificateur K pour les actes d'accouchement

Pour les gynécologues - obstétriciens et chirurgiens en secteur 1 ou ayant adhéré au contrat d'accès aux soins, ou les secteurs 2 pour les patients bénéficiaires de la CMU, de l'ACS ou pour les actes réalisés en urgence.

Application du modificateur K pour les chirurgiens adhérant au contrat d'accès aux soins.

Atteinte des valeurs cibles CCAM pour les actes techniques en 3 étapes

1er juillet 2013, 1er mars 2014 et 1er Janvier 2015.

du 1er juillet 2013 au 28 février 2014

Modificateur	Valeur
X	8 %
I	4.6 %
9	1.9 %
O	+ 0,3 %

du 1er mars 2014 au 31 décembre 2014

Modificateur	Valeur
X	+ 16 %
I	+ 9.2 %
9	+ 3.7 %
O	+ 0,6 %

Acte de consultant C2

Possibilité pour le spécialiste consultant de coter un avis ponctuel tous les 4 mois au lieu de tous les 6 mois.

Rappel : Qui peut utiliser la cotation C2 ?

- Les médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire,
- Les médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés,
- Les médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'ordre des médecins.

Un médecin généraliste qui n'est pas qualifié spécialiste ne peut utiliser la cotation C2. Il doit demander préalablement sa qualification au conseil de l'Ordre.

Tous ces médecins doivent agir à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

- **Si le médecin a besoin d'un examen complémentaire qu'il n'effectue pas lui-même, il peut coter C2 + CS en deux temps différents**
- **Si le médecin a besoin d'effectuer lui-même un acte technique, il peut coter C2 + Acte technique, soit dans le même temps si les règles de facturation l'autorisent, soit en deux temps différents.**