

SML Focus Convention

Les revalorisations ciblées de la convention

21 février 2012

Le SML peut vous aider pour toute question touchant à la nomenclature.
Pour le contacter : lesml@lesml.org

Médecine physique et de réadaptation : Acte d'isocinétique, permettant de mesurer la force, le travail et la puissance musculaire de 1 ou 2 articulations, par dynamomètre informatisé et motorisé.

Elargissement du modificateur S pour les actes thérapeutiques de nuit en urgence avec anesthésie

Actuellement, les actes de la CCAM réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres bénéficient

- du modificateur «P» de 20h à minuit et de 06h à 08h, d'une valeur de 35 €
- du modificateur «S», de 00h à 06h (nuit profonde), d'une valeur de 40 €.

Les actes de la CCAM réalisés entre 20h et 08h par les autres médecins spécialistes, hors généralistes et pédiatres, bénéficient du modificateur «U» d'une valeur de 25,15 €.

La définition du modificateur S a donc été élargie. On peut désormais le coter de 00h à 06h par les médecins relevant d'autres spécialités que la médecine générale et la pédiatrie, pour les actes thérapeutiques réalisés en urgence et sous anesthésie générale ou locorégionale..

Par ailleurs, les médecins généralistes et les pédiatres continuent à facturer ce modificateur pour tous leurs actes réalisés en urgence.

Extension du « forfait sécurité dermatologie » aux actes suivants :

Exérèse d'une lésion sous-cutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe, avec ou sans résection de peau.

Exérèse de 2 à 5 lésions sous-cutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe avec ou sans résection de peau.

Exérèse de 6 lésions sous-cutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe avec ou sans résection de peau.

Exérèse de lésion sous-cutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe avec ou sans résection de peau.

CS + biopsie cutanée

Cumul des honoraires des actes de biopsie dermo-épidermique, par abord direct (QZHA001) et de biopsie des tissus sous-cutanés sus-fasciaux, par abord direct (QZHA005) avec ceux de la consultation pour les dermatologues. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur.

CS + Frotis vaginal de dépistage

Cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 % de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois 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 les recommandations de la HAS de juillet 2010.

VL

Visite longue et complexe

La visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée, particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson.

Cette visite est dénommée VL. Elle peut être tarifée une fois par an et/ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels et les moyens mis en place.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

- réalise une évaluation gérontologique comprenant notamment l'évaluation de l'autonomie et des capacités restantes, l'évolution des déficiences (cognitives, sensorielles, nutritionnelles, locomotrices), l'évaluation de la situation familiale et sociale ;
- assure la prévention de la iatrogénie médicamenteuse ;
- repère chez les aidants naturels d'éventuels signes d'épuisement physique et/ou psychique ;
- informe le patient et les aidants naturels ;
- sur les coordinations possibles avec d'autres intervenants ;
- sur les structures d'aide à la prise en charge : accueil de jour, hébergement temporaire, réseaux et associations ;
- sur la possibilité de formation pour les aidants naturels ;
- sur la possibilité d'une protection juridique du patient ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

Pédiatrie

Alignement du tarif des trois consultations obligatoires (dans les huit jours, au cours des 9ème ou 10ème mois, au cours des 24ème ou 25ème mois). Pour chacune de ces 3 consultations obligatoires, ces 3 majorations (FPE, MNP et MBB) peuvent être cumulées.

Augmentation du tarif de la MBB de 2 €.

Ce cumul permet donc une uniformisation du tarif de ces 3 consultations :

- 38 € pour les pédiatres de secteur 1
- 35 € pour les pédiatres de secteur 2 et les pédiatres titulaires du droit à dépassement permanent pour lesquels le MNP n'est pas applicable, sauf pour les CMU et AME.

Création d'une consultation spécifique entre la sortie de la maternité et le 28ème jour

Elle autorise les majorations FPE, MNP et MBB.

- 38 € en secteur à honoraires opposables avec les cotations suivantes CS + FPE + MNP + MBB
- 35 € en secteur à honoraires différents avec les cotations suivantes CS + FPE + MBB

Création d'une majoration MPE pour les enfants de 25 mois à 6 ans (3 €).

Cette majoration s'applique aux consultations et aux visites. Elle est cumulable avec la majoration MPC. Elle n'est pas cumulable avec les majorations MBB, MNP et FPE.

Elle est réservée aux pédiatres de secteur 1 et par dérogation aux pédiatres de secteur 2 pour les CMU et AME.

Psychiatrie

Revalorisation de la CNPsy

37 euros en métropole, 40,70 en Martinique et Guadeloupe, 44,40 en Guyane, à la Réunion et à Mayotte.

Elargissement de la Majoration MPF (majoration consultation famille) pour consultation familiale ou avec la famille, un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant (< 16 ans) présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre.

Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre, à la demande du médecin traitant **dans les deux jours ouvrables** suivant cette demande. Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique : CNPsy 1,5.

Dermatologie

Introduction la lettre clé CDE, consultation de dépistage du mélanome, tarifée qu'une fois par an et dénommée CDE, réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie. Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS.

Endocrinologie

Modification de la majoration (MCE) pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie.

Elargissement du champ d'application de la majoration MCE aux patients diabétiques de type 1 et de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant, à la consultation initiale et à la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied).

C2

Elargissement de l'utilisation du C2 à toutes les spécialités, y compris les médecins spécialistes en médecine générale et possibilité d'associer soit C2 et CS, soit C2 et acte technique, selon les cas.

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

Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation préanesthésique.

Si le médecin a besoin d'effectuer lui-même un acte technique, il peut coter C2 + Acte technique.

Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques 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.