

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Décision du 21 juin 2017 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : SSAU1724058S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu l'avis de la Haute Autorité de santé en date du 15 mars 2017 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 6 mars 2017 ;

Vu la commission de hiérarchisation des actes et prestations des médecins en date du 15 décembre 2016 et du 12 janvier 2017,

Décide :

Art. 1^{er}. – Le livre III « dispositions diverses » est ainsi modifié :

De modifier le livre III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée, comme suit :

A l'article III-4-I l'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, est modifié comme suit pour les médecins :

Dans la partie : « A) A la première partie : Dispositions générales » :

I. – A l'article 2-1, est créée comme suit la lettre-clé suivante :

« CCP – Consultation de contraception et de prévention ».

II. – Sont supprimés les deux articles suivants :

« Article 14.4 *ter*. – Majoration des examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R. 2132-2 du code de santé publique et de l'examen entre la sortie de maternité et le 28^e jour, par le pédiatre ».

« Article 15.7. – Majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie congénitale grave ».

III. – Est modifié comme suit l'article suivant :

« Article 15.2.3. – Visite très complexe du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant

La visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, si possible en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée dont notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, les pathologies neurodégénératives de l'enfant...

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

- réalise une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ;
- évalue la situation familiale et sociale ;
- formalise la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ;
- informe le patient et les aidants sur les structures d'accueil ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

Cette visite est dénommée VL.

Elle peut être facturée jusqu'à trois fois par an et par patient. Cette visite très complexe ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 *bis* de la NGAP (majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016. »

IV. – Sont créés comme suit les articles suivants :

« Article 14.8. – Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien ou un pédiatre.

La consultation de contraception et de prévention est dénommée CCP. Cette consultation à fort enjeu de santé publique est réservée aux jeunes filles de 15 à 18 ans et prise en charge dans les conditions définies à l'alinéa 21 de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Lors de cette consultation le médecin informe la patiente sur les méthodes contraceptives et sur les maladies sexuellement transmissibles. Il conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses. Il inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical de la patiente.

Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien ou un pédiatre. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par patiente.

Cette consultation est facturée à tarif opposable.

Cette consultation complexe ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 *bis* "Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste" (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Le médecin doit informer la patiente du droit à l'anonymat pour cette prestation et doit respecter la décision de la jeune fille en utilisant le cas échéant un NIR anonyme. »

« Article 15.8. – Consultations et majorations complexes

Ces consultations et majorations complexes s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins. Elles recouvrent un nombre limité et défini de prise en charge : patients présentant certaines pathologies complexes ou instables, ou situations cliniques particulières impliquant un fort enjeu de santé publique.

a) Consultations complexes

Les codes consultations CSO et CSM listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

Ces consultations complexes doivent être facturées à tarif opposable.

Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

Elles ne sont pas cumulables, d'une part, avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 *bis* de la NGAP) et, d'autre part, avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

Consultation complexe de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, par le médecin traitant de l'enfant

Cette consultation complexe, réalisée par le médecin traitant de l'enfant, est dénommée consultation suivi de l'obésité (CSO).

Cette consultation est réservée aux enfants de 3 à 12 ans inclus et en risque avéré d'obésité sur la base du suivi de la courbe de corpulence.

Lors de cette consultation le médecin :

- procède à un entretien de l'enfant et sa famille ;
- recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique ;
- explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne ;
- inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant.

Cette consultation réalisée par le médecin traitant doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSO.

Elle ne peut être facturée plus de deux fois par an et par enfant de 3 à 12 ans inclus.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

Consultation complexe du nouveau-né nécessitant un suivi spécifique par le pédiatre entre la sortie de maternité et le 28^e jour suivant la naissance

Cette consultation est dénommée consultation de sortie maternité (CSM).

Cette consultation ou visite est réalisée pour des nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique.

Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSM.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

b) Majorations pour consultations complexes

Les codes majorations suivants : MPS/TCA/MPT/SGE/PTG/MMF/MCA/PPR/PPN/MCT/SLA/MSP/POG/PEG listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration de consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Il peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

Majoration MPS pour une consultation complexe de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité, par un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation pour la prise en charge de la stérilité, le médecin présente le rendu du bilan diagnostic réalisé, les stratégies thérapeutiques et les probabilités de réussite en termes de naissance pour permettre au couple de participer à la prise de décision, ainsi que le rappel de la réglementation.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue ou le gynécologue-obstétricien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPS.

Une seule consultation par couple ouvre droit à la majoration MPS, lors de l'initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

Majoration TCA pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de trouble grave du comportement alimentaire : anorexie mentale par un endocrinologue ou un pédiatre ; ou obésité morbide par un endocrinologue

Lors de cette première consultation spécifique de prise en charge d'un patient ayant un trouble grave du comportement alimentaire le médecin :

- recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires) ;
- met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale) ;
- élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient.

Le cas échéant, si le médecin réalisant la consultation n'est pas le médecin traitant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un endocrinologue pour la prise en charge d'un patient présentant une anorexie ou une obésité morbide, ou par un pédiatre pour la prise en charge de l'anorexie, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration TCA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Majoration MPT pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, lors de la première consultation pour la prise en charge d'un patient atteint d'une tuberculose le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique avec la mise en place des conditions nécessaires pour l'observance du traitement.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPT.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MPT, lors de l'initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Majoration SGE pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive par un rhumatologue, un spécialiste de médecine physique et réadaptation ou un chirurgien

Lors de la consultation complexe effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un enfant ou un adolescent présentant une scoliose grave évolutive le médecin, réalise l'évaluation initiale et la mise en œuvre de la prise en charge thérapeutique en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical. Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou un chirurgien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SGE.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**, pour la première consultation du patient pour scoliose grave évolutive.

Majoration PTG pour une première consultation de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire, par un médecin spécialiste en médecine vasculaire, un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire, un médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, pour la première consultation spécifique de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire déjà diagnostiquée, le médecin rédige un compte rendu qu'il transmet au médecin traitant. Le médecin peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en médecine vasculaire ou le médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou le médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien au cours de la grossesse, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PTG.

Une seule consultation par praticien et par patient ouvre droit à la majoration PTG, lors de l'initiation d'un traitement, d'une surveillance ou au cours de la même grossesse.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Majoration MMF pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation effectuée pour l'initiation d'un traitement complexe pour un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MMF.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MMF, lors de l'initiation de la prise en charge.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Majoration MCA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un asthme déstabilisé par un pneumologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en pneumologie

Lors de cette consultation complexe, réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné, pour un patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation, le médecin adapte le traitement en lien avec le médecin traitant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou le pédiatre ayant des compétences en pneumologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCA.

Celle-ci est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge.

Majoration PPR pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive sévère, par un rhumatologue

La consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné par le rhumatologue pour un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde se définissant comme évolutive sévère selon les référentiels scientifiques en vigueur, comporte l'évaluation de la situation, la mise en œuvre de la prise en charge et du suivi en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PPR.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Majoration PPN pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie

La consultation complexe réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné concerne la consultation effectuée :

- par un spécialiste en neurologie auprès d'un patient traité pour une sclérose en plaque ou une maladie de Parkinson ou une épilepsie ;
- par un pédiatre présentant une compétence spécifique en neurologie auprès d'un patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement.

Cette consultation s'inscrivant dans le cadre du parcours de soins coordonné, permet sur la base du bilan clinique et paraclinique d'identifier ou de confirmer une instabilité, une aggravation ou une complication, d'adapter ou d'élaborer un nouveau traitement qui inclut le cas échéant l'organisation des soins spécialisés en lien avec un centre de référence, éventuellement en réseau, dans le respect des référentiels en vigueur, en prenant en compte les attentes et préférences du patient.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical du patient. Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues et les pédiatres présentant une compétence spécifique en neurologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PPN.

Celle-ci est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année du fait d'un épisode aigu ou d'une complication nécessitant une révision du projet thérapeutique.

Majoration MCT pour une consultation complexe de prise en charge de patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, par un spécialiste de médecine physique et réadaptation, un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie

Lors de cette consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un patient présentant des séquelles invalidantes de traumatisme médullaire, des séquelles physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave, ou des séquelles handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger, le médecin réalise une synthèse des différents bilans réalisés et élabore un projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire (neuromoteur, cognitif et psycho-comportemental...).

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR), un neurologue ou un pédiatre ayant des compétences en neurologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCT.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

Majoration SLA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant des séquelles lourdes d'accident vasculaire cérébral, par un neurologue ou un spécialiste de médecine physique et de réadaptation

La consultation complexe d'un patient présentant, après le traitement initial d'un accident vasculaire cérébral, des séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active.

Cette consultation se conclut par la réévaluation et l'organisation du suivi du plan de soins et du projet thérapeutique en tenant compte des attentes du patient et de l'évaluation psychosociale des aidants.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues ou les médecins spécialistes de médecine physique et réadaptation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SLA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

Majoration MSP de suivi par le pédiatre de l'enfant de moins de 7 ans, né prématuré de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours

Lors de cette consultation annuelle de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né prématuré, entre 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours, le pédiatre :

- réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuro-psychologique ;

- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MSP.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable à tarif opposable une fois par an, via le code prestation agrégé **MCX**.

Majoration POG pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave ou d'une déficience neurovisuelle dans le cadre d'une pathologie générale, par un ophtalmologue

La consultation spécifique de prise en charge d'un enfant ayant :

- soit une pathologie ophtalmologique : glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie du prématuré, rétinopathie congénitale, strabisme avec amblyopie ou risque d'amblyopie, nystagmus congénital ;
- soit une déficience neurovisuelle liée à une pathologie générale : prématurité, autisme, retard mental.

Cette consultation complexe implique l'élaboration d'un protocole thérapeutique et sa mise en œuvre, la prescription éventuelle de rééducation et son suivi, la coordination avec l'ensemble de l'équipe paramédicale et éducative en charge de l'enfant.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, l'ophtalmologiste inscrit les conclusions diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est transmis au médecin traitant par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par l'ophtalmologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration POG.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable via le code prestation agrégé **MCX**.

Majoration pathologie endocrinienne de la grossesse (PEG) pour une consultation complexe de la prise en charge et du suivi d'une femme enceinte par un endocrinologue, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien

Dans le cadre du parcours de soins, lors de la consultation complexe pour la prise en charge et le suivi d'une femme enceinte ayant une pathologie endocrinienne le médecin met en œuvre la prise en charge en lien avec le médecin traitant, avec l'institution des critères de surveillance et oriente vers le niveau de maternité adéquat.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un endocrinologue, un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien donne droit à une majoration, dénommée majoration pathologie endocrinienne de la grossesse (PEG).

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PEG, celle-ci est facturable au tarif opposable.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de consultations facturées est de 4 au plus, par grossesse, via le code prestation agrégé **MCX**.

« Article 15.9. – Consultations et majorations très complexes

Ces consultations et majorations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe, ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charges. Elles s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins.

a) Consultations très complexes

Les codes consultations CGP et EPH listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Ces consultations très complexes doivent être facturées à tarif opposable. Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP). Elles ne sont pas cumulables ni avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) ni avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

Consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier par le pédiatre

Lors de cette consultation très complexe pour un enfant atteint d'une pathologie chronique grave ou d'un handicap neurosensoriel sévère, le pédiatre :

- réalise le suivi somatique, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation EPH.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est **CCE**.

Une consultation au plus par patient et par trimestre peut être facturée, via le code prestation agrégé **CCE**.

Consultation très complexe de suivi de l'enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré ou atteint d'une pathologie congénitale grave, par le pédiatre

Lors de cette consultation très complexe de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave, le pédiatre :

- réalise le suivi moteur, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CGP.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est **CCE**.

Le nombre de consultations facturées est de 2 au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant, via le code prestation agrégé **CCE**.

b) Majorations pour consultations très complexes

Les codes majorations IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB et MAV listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

Ce code prestation **MTX** peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe. Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

Majoration IGR pour une consultation très complexe d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers un parcours de greffe rénale, par un médecin néphrologue

La consultation de synthèse d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers une équipe de greffe rénale, s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins, au terme de l'évaluation des conditions médicales permettant d'établir l'éligibilité à la greffe. Elle comporte éventuellement le contact avec l'équipe de transplantation afin de valider la pertinence d'engager le bilan de pré-transplantation.

Cette consultation permet d'informer le patient de l'ensemble des étapes du bilan de pré-transplantation, de ses modalités de réalisation ; ainsi que sur les étapes du bilan dans le cas d'un donneur vivant et de recueillir son consentement. Le patient est informé des bénéfices, des risques et des conséquences des différentes options thérapeutiques.

Le médecin néphrologue inscrit les conclusions de cette synthèse dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est mis à disposition du médecin traitant et de l'équipe de transplantation par courrier ou par voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le néphrologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration IGR.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, pour l'orientation vers une équipe de greffe via le code prestation agrégé **MTX**.

Majoration CPM pour une consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave de l'enfant nécessitant une prise en charge chirurgicale

Lors de cette consultation, inscrite dans le cadre du parcours coordonné de soins, le chirurgien pédiatrique :

- informe les parents de la pathologie de leur enfant, de son pronostic, de la prise en charge envisagée et des résultats prévisibles escomptés ;
- coordonne la prise en charge et précise les autres intervenants médicaux et paramédicaux éventuellement impliqués dans cette prise en charge.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le chirurgien pédiatrique doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration CPM.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé **MTX**.

Majoration MMM pour la consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par un gynécologue-obstétricien ou un gynécologue, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anténatal

Lors de cette consultation très complexe le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue informe les parents de la pathologie, des conséquences pour l'enfant, du pronostic à moyen et long terme et des différentes prises en charge possibles. Il oriente le cas échéant vers une équipe spécialisée pour la poursuite de la prise en charge.

Selon la pathologie diagnostiquée, il informe et coordonne cette prise en charge avec les autres intervenants médicaux.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MMM.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé **MTX**.

Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave ou d'une pathologie neurodégénérative

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour une pathologie grave. Par pathologie grave, on entend : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neuro dégénérative.

A l'issue de la consultation, les orientations thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MIS.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, via le code prestation agrégé **MTX**.

Majoration PIV pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour une infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PIV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge via le code prestation agrégé **MTX**.

Majoration MPB pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation du suivi d'un patient traité par biothérapie (anti-TNF alpha) pour une pathologie inflammatoire par un rhumatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge s'adresse à un patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié). Les pathologies inflammatoires concernées sont celles ouvrant droit à une affection de longue durée à savoir :

- la polyarthrite rhumatoïde active, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin rhumatologue ou un médecin de médecine interne ;
- la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin gastro-entérologue.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine interne ou le gastro-entérologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPB.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé **MTX**.

Majoration MAV pour la consultation initiale très complexe d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie de système par un rhumatologue, un médecin de médecine interne, ou un dermatologue

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou une vascularite systémique déjà diagnostiquée, doit donner lieu à la rédaction de conclusions thérapeutiques.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine interne ou le dermatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MAV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé **MTX**. »

Art. 2. – La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française et prendra effet au 1^{er} novembre 2017.

Fait le 21 juin 2017.

Le collège des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*

N. REVEL

*Le directeur général de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole,*

M. BRAULT

*Le directeur général de la Caisse nationale
du régime social des indépendants,*

S. SEILLER