

Article 15.5 Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation (créée par décision UNCAM du 08/04/13)

Dans le cadre du parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque, la consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet, réalisée par le médecin traitant, en présence des aidants habituels, concerne 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 cette consultation à réaliser avant la fin du 2^{ème} mois suivant la sortie d'hospitalisation, 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 donne lieu à la majoration MIC. Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois après un séjour hospitalier pour décompensation de la pathologie, avec une consultation à tarif opposable.

Cette majoration peut être cotée dès lors que le médecin traitant n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 ou dès lors qu'il adhère au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée. Par dérogation, le médecin traitant autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 précités et n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins, peut coter la **MIC** pour les bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration **MSH** définie à l'article 15.6.

La valeur de la **MIC** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 15.6 - Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité (créée par décision UNCAM du 08/04/13)

Lorsque le médecin traitant effectue une consultation ou une visite, 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, il peut coter une majoration dénommée « majoration de sortie d'hospitalisation » (**MSH**) pour la consultation effectuée dans les 30 jours suivant l'hospitalisation et réalisée dans les conditions suivantes :

Cette consultation, longue et complexe, 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 cette consultation, 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.

La majoration **MSH** ne peut être facturée qu'une seule fois après un séjour hospitalier. Elle ne peut être tarifée qu'avec une consultation réalisée à tarif opposable.

Elle est facturable par le psychiatre correspondant, conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

La majoration **MSH** peut être cotée dès lors que le médecin traitant n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 ou dès lors qu'il adhère au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée. Par dérogation, le médecin traitant autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 précités et n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins, peut coter la **MSH** pour les bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.

La majoration **MSH** ne se cumule pas avec la **MIC** décrite à l'article 15.5

La valeur de la **MSH** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.