

**Majoration MIC : valeur à 2 C. En consultation, coter C + MIC = 46 €.  
En Visite, coter V + MIC + MD = 56 € + les kilomètres.  
Pas de dépassements autorisés. Réservee aux médecins en secteur 1  
et CAS. Peut être facturée par les secteur 2 aux CMU et ACS.**

Art. 15.5 de la Convention : - **Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation.** 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 polyopathologiques 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 deuxième 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.