

Article 14.9.4 – Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin (créée par la décision UNCAM du 06/11/18)

Une téléexpertise est une expertise sollicitée par un médecin dit « médecin requérant » et donnée par un médecin dit « médecin requis », en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le médecin requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation du médecin requis.

La téléexpertise est ouverte aux patients :

- bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée ou porteur d'une maladie rare définie selon la réglementation en vigueur ou
- résidant dans une zone "sous-dense", selon les critères de l'article 1434-4 du Code de la santé publique, dans laquelle s'appliquent les aides démographiques conventionnelles, ou
- résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médico-sociales mentionnées à l'article L312.1 du code des Affaires sociales et familiales, ou
- personnes détenues visées aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

La téléexpertise doit être réalisée avec l'accord du patient ou de son représentant légal.

Outre l'appréciation du contexte clinique, les documents médicaux à examiner et surtout la nécessité de leur mise en cohérence permettent de déterminer deux niveaux de prise en charge :

Niveau 1

Avis donné sur une question circonscrite, sans nécessité de réaliser une étude approfondie d'une situation médicale. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de premier niveau correspond à l'analyse de documents en nombre limité (photographie, résultat d'examen complémentaire isolé, données cliniques y compris pour aider l'orientation de la prescription, etc). Relèvent notamment, d'une téléexpertise de niveau 1, les situations et pathologies définies à l'art. 28.6.2.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Niveau 2

Avis circonstancié donné en réponse à l'exposition d'une situation médicale complexe après étude approfondie et mise en cohérence. En dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis de second niveau correspond à l'analyse de plusieurs types de documents. Relèvent notamment, d'une téléexpertise de niveau 2 les situations et pathologies définies à l'art. 28.6.2.3 de la convention nationale précitée. Le patient concerné est impérativement connu du médecin requis à l'occasion d'une consultation antérieure en présence du patient ou de la réalisation précédente d'un acte CCAM.

L'acte de téléexpertise doit être rapporté dans le dossier médical du patient tenu par chaque professionnel de santé intervenant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient le cas échéant si celui est ouvert.

Doivent être rapportés dans le dossier médical, le compte rendu de la réalisation de l'acte, les éventuelles recommandations de prescriptions médicamenteuses ou d'actes à réaliser, l'identité des professionnels de santé, la date et l'heure de l'acte, le cas échéant les incidents. Une copie est transmise au médecin traitant si la téléexpertise a lieu entre deux autres médecins.

L'acte TE1 pour le niveau 1 est facturable par le médecin requis dans la limite de 4 actes par an et par patient. L'acte TE2 pour le niveau 2 est facturable dans la limite de 2 actes par an et par patient.

Les actes de téléexpertise de niveau 1 et 2 sont cumulables pour des expertises distinctes pour un même patient dans les limites susvisées.

Ces deux actes sont facturés à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant et facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant, correspond à une téléexpertise de niveau 2. Pour cet acte, les deux médecins concernés facturent chacun l'acte TE2.

Article 15.2.3 – Consultation très complexe réalisée au domicile du patient (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée par décision UNCAM du 21/06/17 et du 06/11/2018)

a) Consultation réalisée au domicile 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 ;
- Evalue 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.

b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant

Un patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique peut nécessiter une consultation longue et complexe réalisée au domicile du patient par le médecin traitant.

Au cours de cette consultation, le médecin :

- réalise l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique ;
- organise et coordonne la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluri-disciplinaire de soins palliatifs ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

c) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant

Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle Médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant) et étant en incapacité de se déplacer pour raison médicale, la visite très complexe peut être facturée si ce patient est soit bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD soit âgé de plus de 80 ans.

Au cours de cette visite, le médecin :

- recueille toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ;
- réalise l'évaluation médicale du patient ;
- organise la prise en charge coordonnée des soins ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ;
- recueille le choix de déclaration de médecin traitant du patient.

Pour la consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant (a) et la consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant (b) la visite peut être facturée jusqu'à trois fois par année civile et par patient.

Pour la première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant (c) une seule VL est facturable par patient au titre de cette première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou changeant de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant.

La visite très complexe est facturable par le code prestation VL et elle 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.

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 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 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.

Article 15.8 – Consultations et majorations complexes (créées par décision UNCAM du 21/06/17 et modifiées par décision UNCAM du 06/11/18)

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, CSM et CSE 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 de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre**

Lors de cette consultation annuelle complexe de suivi d'un enfant autiste, dénommée CSE, le médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre, en lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, en regard du trouble du spectre de l'autisme et des pathologies associées ;
- réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant pour son trouble du spectre de l'autisme et les pathologies associées ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- 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 doit donner lieu à l'inscription du code consultation CSE dans le dossier médical du patient.

Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par an par un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre.

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.

Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes (créées par la décision UNCAM du 21/06/17 et modifiées par décision UNCAM du 06/11/18)

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, EPH et CTE 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 de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme : CTE

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque de trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez un enfant présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte, notamment :

- à tout âge : inquiétude des parents concernant le développement de leur enfant, notamment en termes de communication sociale et de langage, régression des habiletés langagières ou relationnelles, en l'absence d'anomalie à l'examen neurologique,
- chez le jeune enfant : absence de babillage, de pointage à distance ou d'autres gestes sociaux pour communiquer à 12 mois et au-delà, absence de mots à 18 mois et au-delà ; Absence d'association de mots (non écholaliques) à 24 mois et au-delà.

Cette consultation dédiée à la recherche d'un TSA comprend un examen clinique approfondi et le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant, notamment :

- pour les enfants de 16 à 30 mois : M-CHAT, complétée en cas de résultats confirmant un risque de TSA par un entretien structuré plus précis avec les parents au moyen du M-CHAT -Follow-up;
- après l'âge de 4 ans : questionnaire de communication sociale (SCQ) ;
- chez l'enfant et l'adolescent sans trouble du développement intellectuel associé : Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ), Autism-spectrum Quotient (AQ) et Social Responsiveness Scale (SRS-2).

Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter ces différents tests de repérage par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle de 2ème ligne chargée de le coordonner. Si le médecin n'est pas le médecin traitant de l'enfant, il fait un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE 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.

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

b) Majorations pour consultations très complexes

Les codes majorations IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB, MAV et MIA 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 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**.