

CIRCULAIRE

CIR-20/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

30/10/2017

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

La décision UNCAM du 21 juin 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la NGAP et la mise en œuvre de la convention médicale de 2016

Liens :

Cir-24/2016

Cir-9/2017

Cir-10/2017

Cir-15/2017

Plan de classement :

P10-02

P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> CNAMTS
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input checked="" type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux		<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service

Pour mise en oeuvre Immédiate


Résumé :

La décision UNCAM du 21 juin 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la NGAP et la mise en œuvre de la convention médicale de 2016

Mots clés :

Convention médicale ; NGAP ; consultations complexes et très complexes ; CCE ; CCX ; MTX ; MCX ; CCP

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Annelore COURY

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Eric LE BOULAIRE

CIRCULAIRE : 20/2017

Date : 30/10/2017

Objet : La décision UNCAM du 21 juin 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la NGAP et la mise en œuvre de la convention médicale de 2016

Affaire suivie par : dact.ddgosdos@cnamts.fr **mot clef à mettre en objet : LRCONV2016**

SOMMAIRE

I/ Mesures de nomenclature entrant en vigueur au 1er novembre 2017 (revalorisations et modifications diverses et nouvelles consultations complexes et très complexes)	p. 3
1. Les modifications des actes inscrits à la NGAP avant la nouvelle convention 2016	p. 3
1.1 Les revalorisations tarifaires au 1 ^{er} novembre 2017	p. 3
1.2 La modification des règles de facturation de la visite longue VL	p. 4
2. Les consultations complexes et très complexes	p. 5
2.1 Les consultations complexes à fort enjeu de santé publique	p. 6
2.1.1 CCP- La première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans	p. 6
2.1.2 CSO- La consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité	p. 7
2.1.3 CSM - La consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28 ^{ème} jour de vie	p. 8
2.1.4 COE - Les consultations pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8 ^{ème} jour, 9 ^{ème} mois ou 10 ^{ème} mois et 24 ^{ème} ou 25 ^{ème} mois)	p. 8
2.1.5 Règles de cumul pour les consultations complexes CSO, CCP, CSM, COE	p. 8
2.2 Les consultations complexes correspondant à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable	p. 9
2.2.1 MPS - Première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité	p. 9
2.2.2 TCA - Première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide)	p. 10
2.2.3 MPT- Première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose	p. 10
2.2.4 SGE- Première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent	p. 10
2.2.5 PTG- Première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire	p. 11

2.2.6 MMF- Première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire	p. 11
2.2.7 MCA- Consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge d'un asthme déstabilisé	p. 11
2.2.8 PPR- Consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication	p. 12
2.2.9 PPN- Consultation spécifique 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	p. 12
2.2.10 MCT- Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires	p. 12
2.2.11 SLA- Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC	p. 13
2.2.12 MSP- Consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours	p. 13
2.2.13 POG- Consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave	p. 13
2.2.14 PEG - Consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...)	p. 14
2.2.15 Règles de facturation et de cumul pour les majorations valorisant les consultations complexes correspondant à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable	p. 14
2.3 Les consultations très complexes des pédiatres	p. 15
2.3.1 EPH- Consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier	p. 15
2.3.2 CGP - Consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave	p. 16
2.3.3 Règles de facturation et de cumul pour les consultations complexes EPH, CGP	p. 16
2.4 Les consultations très complexes IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB et MAV	p. 17
2.4.1 IGR- Consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale	p. 17
2.4.2 CPM - Consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale	p. 17
2.4.3 MMM- Consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal	p. 18
2.4.4 MIS - Consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative	p. 18
2.4.5 PIV- Consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH	p. 18
2.4.6 MPB - Consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha)	p. 19
2.4.7 MAV- Consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique	p. 19
2.4.8 Règles de facturation et de cumul pour les majorations très complexes	p. 19

II/ Mesures sur la télémédecine introduites par l'avenant n° 2 à la convention nationale	p. 21
Annexe 1 Récapitulatif des revalorisations au 1^{er} novembre 2017	p. 23
Annexe 2 Gratuité, secret et dispense d'avance des frais pour la consultation CCP	p. 24
Annexe 3 Nouvelles consultations complexes et très complexes	p. 25

* * *

I- Mesures de nomenclature entrant en vigueur au 1er novembre 2017 (revalorisations et modifications diverses et nouvelles consultations complexes et très complexes)

Dans le cadre de la convention médicale signée le 25 août 2016, les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser l'activité clinique des médecins.

Des consultations différenciées en fonction de leur niveau de complexité ou de leur enjeu en termes de santé publique, ont ainsi été instaurées.

Un regroupement des tarifs de consultations spécifiques nouvelles ou déjà existantes a été défini autour de 4 grands ensembles correspondant à des situations cliniques ou des modalités de prise en charge de niveau de complexité croissant, afin de rémunérer et valoriser, de façon graduée, les consultations de la situation la plus simple (consultation de référence) aux consultations plus longues et plus complexes ou à fort enjeu de santé publique.

La majorité des mesures relatives à la consultation de référence sont déjà entrées en vigueur aux mois de mai et juillet 2017, celles relatives aux consultations et prises en charge complexes et très complexes entrent en vigueur au 1^{er} novembre prochain.

1. Les modifications des actes inscrits à la NGAP avant la nouvelle convention 2016

1.1 Les revalorisations tarifaires au 1^{er} novembre 2017 de majorations de consultations existantes

Les partenaires conventionnels ont convenu, lors de la convention médicale signée le 25 août 2016 et approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, de revaloriser les consultations suivantes au 1^{er} novembre 2017, dans le cadre de la valorisation des prises en charge complexes :

- ✓ Consultation majorée pour la prescription de certains types d'appareillage de première mise réalisée par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui est valorisée à 46 euros. La majoration MTA est donc portée à 23 euros (au lieu de 20 euros antérieurement) ;
- ✓ Consultation majorée en présence de la famille, d'un tiers social ou médico-social, par le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave, qui est valorisée par le biais de la majoration MPF portée à 20 euros (au lieu de 10 euros précédemment) ;

- ✓ Consultation majorée annuelle de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD, qui est valorisée par le biais de la majoration MAF portée à 20 euros (au lieu de 10 euros antérieurement) ;
- ✓ Consultation majorée pour diabète compliqué insulino dépendant ou insulino requérant ou première consultation pour endocrinopathie complexe réalisée par l'endocrinologue ou le médecin spécialiste en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie, qui est valorisée à 46 euros. La majoration MCE est donc portée à 16 euros (au lieu de 10 euros antérieurement).

1.2 La modification des règles de facturation de la visite longue VL

La visite longue et complexe pour les patients atteints de maladie neurodégénérative (VL) a été créée par décision UNCAM du 20 décembre 2011 publiée au Journal Officiel du 21 février 2012 (article NGAP 15.2.3).

L'objectif de cette visite, réalisée au domicile du patient en présence des aidants naturels, était :

- de mieux appréhender la situation du patient dans son environnement habituel
- et de mieux répondre à ses besoins et à ceux de son entourage.

Dans un souci de mise en cohérence et de regroupement avec l'ensemble des consultations et prises en charge complexes et très complexes instaurées par la nouvelle convention les partenaires conventionnels ont intégré dans la catégorie des prises en charge très complexes, la visite longue du médecin traitant pour les patients atteints de pathologie neuro-dégénérative (VL) et l'ont revalorisée.

La valeur de la VL est ainsi portée à 60 euros au 1^{er} novembre 2017 et sa facturation est permise au maximum trois fois par an et par patient.

La rédaction du libellé de la NGAP a été modifiée par la décision du 21 juin 2017 de l'UNCAM publiée au Journal Officiel du 12 septembre 2017.

Cette nouvelle rédaction permet :

- d'acter son ouverture au médecin traitant de l'enfant avec l'introduction des pathologies neurodégénératives de l'enfant ;
- d'introduire une souplesse en précisant « si possible en présence des aidants habituels » à la place de « en présence des aidants habituels » ;
- d'autoriser sa facturation jusqu'à 3 fois par an et par patient (1 facturation par an autorisée jusqu'à présent).

2 Les consultations complexes et très complexes

Les partenaires conventionnels ont proposé lors de la convention médicale, signée le 25 août 2016 et approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, l'inscription dans la liste des actes et prestations définie à l'article L. 162-1-7 du code :

- ✓ de nouvelles consultations complexes correspondant à la prise en charge, dans le cadre du parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ou à des situations cliniques comprenant un fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention...);
- ✓ de nouvelles consultations très complexes correspondant à une prise en charge particulièrement difficile et complexe et ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charge.

Ces nouvelles consultations ont été inscrites à la NGAP (article NGAP 15.8 et 15.9) à la suite à la publication au Journal Officiel du 12 septembre 2017 de la décision du 21 juin 2017 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Modalités spécifiques de facturation des consultations complexes et très complexes

Pour des raisons de confidentialité et de préservation du secret médical, et après avis de la CNIL et du Conseil National de l'Ordre des médecins, il a été décidé que ces consultations devaient être facturées par les professionnels vers les Caisses d'assurance maladie obligatoire et les organismes d'assurance maladie complémentaire, selon des modalités garantissant l'absence d'identification de la pathologie du patient.

Des codes spécifiques de facturation, dits « codes agrégés » ont ainsi été mis en place afin de préserver le secret médical. Ce regroupement n'est pas prévu pour les consultations prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire à 100%, dans la mesure où ces prestations ne sont pas transmises aux organismes d'assurance maladie complémentaire (CCP et la COE-voir infra).

Pour les autres consultations, non prises en charge à 100% par le régime obligatoire, et donc véhiculées vers les organismes complémentaires pour paiement du ticket modérateur, un code regroupement agrégé a été mis en place, résultant de la valeur des actes ou des majorations : 16 €, 30 €, 46 € et 60 €.

Les médecins vont facturer les actes concernés par des codes affinés, directement sur leur poste de travail, lequel assurera directement une transcodification automatique, via le logiciel métier, des codes affinés correspondant à ces consultations, en codes agrégés. Seuls ces codes agrégés sont véhiculés dans les flux de facturation envoyés à l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Cette transcodification implique que le logiciel métier du médecin ait été mis à jour avec une version du logiciel Sesam-Vitale intégrant cette transcodification (avenant n°12 au cahier des charges Sesam Vitale).

Afin de permettre un contrôle a posteriori du bien-fondé de la facturation de ces actes par le service médical de l'assurance maladie, les codes affinés correspondant aux consultations complexes et très complexes sont mémorisés dans le dossier du patient et le logiciel du professionnel de manière à pouvoir rechercher les prestations originellement facturées.

De même, pour les établissements de santé, les consultations complexes et très complexes doivent être inscrites dans le dossier médical du patient avec le code affiné (CSM, CSO, EPH, CGP), mais la facturation doit être impérativement établie avec le code prestation de regroupement (CCX ou CCE).

2.1 Les consultations complexes à fort enjeu de santé publique

Afin de valoriser les prises en charge répondant à des enjeux de santé publique par les médecins, les consultations suivantes ont été créées à l'article 15.8 a de la NGAP.

2.1.1 CCP- La première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans

Contexte

La HAS préconise, dans ses recommandations sur les prescriptions et conseils aux femmes en matière de contraception qu'une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif.

La création de la consultation dédiée à la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 17 ans inclus fait partie d'un corpus des mesures visant à faciliter l'accès à la contraception des mineures d'au moins 15 ans en application de la Loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015, de financement de la sécurité sociale pour 2016.

L'objectif de création de cette consultation est de mieux informer la jeune fille sur la physiologie et les méthodes de contraception existantes, dans un cadre de prévention des interruptions volontaires de grossesse et d'information sur les maladies sexuellement transmissibles pour en favoriser la prévention.

Le décret n° 2016-865 du 29 juin 2016, relatif à la participation de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans, définit les conditions de suppression de la participation financière de l'assuré pour les frais liés à la contraception des mineures d'au moins quinze ans parmi lesquels figure la consultation de prescription.

Ces frais sont ainsi pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.

L'article L.160-14 du code de la sécurité sociale prévoit également la gratuité de cette consultation de contraception pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans.

Règles de facturation

Le médecin doit informer la patiente du droit à l'anonymat dont elle bénéficie légalement pour cette prestation, et doit respecter la décision de la jeune fille, en utilisant, le cas échéant, un NIR anonyme spécifique pour facturer cette prestation.

Le NIR Anonyme « contraception » qui doit être utilisé par les professionnels de santé est le suivant :

2 55 55 55 CCC 042/XX.

CCC étant le numéro de la caisse et XX la clé de contrôle.

Afin d'assurer la gratuité de cette prestation, une procédure de dispense d'avance des frais (DAF) est appliquée obligatoirement par le médecin.

En établissements de santé, une facturation papier doit être transmise au service médical de la caisse de rattachement. Celui-ci anonymisera la facture via le NIR dédié, et la transmettra au service facturation pour traitement.

Les dispositions générales de mise en œuvre de la gratuité et du secret pour la nouvelle consultation CCP dictées par l'article L 160-14 du code de la sécurité sociale, sont reprises en annexe 1 de la présente circulaire.

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin généraliste, Gynécologue et Pédiatre/ tout secteur	CCP	46,00 €	CCP	<p>Quel patient ? Jeunes filles de 15 à 17 ans inclus</p> <p>Comment ? Information sur les méthodes contraceptives et sur les MST/ conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses/ conclusions dans le dossier patient</p> <p>Quand ? Une seule fois par patiente</p>	Tarif opposable obligatoire + prise en charge à 100% et tiers payant obligatoire

2.1.2 CSO- La consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité

Contexte

Afin de tenir compte des dernières recommandations de la HAS de 2011 sur le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent et dans le cadre de l'expérimentation sur la prévention de l'obésité de l'enfant mise en œuvre par la CNAMTS, les partenaires conventionnels et la CNAMTS ont souhaité instaurer une consultation complexe spécifique par le médecin traitant de l'enfant afin :

- de favoriser la prévention précoce de l'obésité ;
- de valoriser le rôle pivot du médecin traitant de l'enfant dans le repérage des enfants à risque d'obésité, ainsi que la coordination des différents intervenants effectuée par ce médecin dans le cadre de cette prise en charge.

Règle de facturation

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin traitant généraliste ou spécialiste / tout secteur	CSO	46,00 €	CCX	<p>Quel patient ? Enfant en risque avéré d'obésité de 3 à 12 ans inclus dont vous êtes le médecin traitant</p> <p>Comment ? Entretien de l'enfant et de sa famille /recherche d'éventuelles pathologie ou de comorbidité associées, 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</p> <p>Quand ? Maximum 2 fois par an</p>	Tarif opposable obligatoire

Cette consultation (cotée CSO) est réservée au médecin traitant de l'enfant. Si les parents de l'enfant ont désigné un médecin traitant, dans ce cas aucun autre médecin que celui qui a été désigné ne peut coter la CSO.

Dans le cas particulier où les parents de l'enfant n'ont pas désigné de médecin traitant, le médecin consulté peut coter la CSO.

NB : Toute consultation -CSO- réalisée auprès d'un enfant par un médecin doit être inscrite dans son dossier médical.

Pour facturer cette consultation complexe, le code prestation agrégé « CCX » doit être indiqué sur la feuille de soins (électronique ou papier) à transmettre à l'Assurance Maladie. Cette transcodification est directement assurée par le logiciel du professionnel - Pour tous les cas où cette transcodification ne serait pas intervenue, et serait facturée de manière incorrecte par les médecins, des consignes spécifiques vont parvenir par instruction aux caisses du réseau de l'assurance maladie afin que ces factures puissent être retraitées.

2.1.3 CSM- La consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ème jour de vie

Contexte

La consultation par le pédiatre du nouveau-né entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour a été créée à la NGAP par décision UNCAM du 20 décembre 2011. Elle était auparavant valorisée par le cumul de plusieurs majorations. Afin de simplifier sa cotation et de revaloriser cette consultation une nouvelle consultation complexe CSM est créée. La majoration MBB, qui permettait au pédiatre de valoriser à la fois les 3 consultations obligatoires enfants et une consultation spécifique en sortie de maternité, est supprimée de la NGAP au 1^{er} novembre 2017 conformément à la décision du 21 juin 2017 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Règle de facturation

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Pédiatre (tout secteur)	CSM	46,00 €	CCX	Quel patient ? nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique Comment ? Suivi spécifique Quand ? entre la sortie de maternité et le 28ème jour suivant la naissance	Tarif opposable obligatoire

Le code de la consultation CSM doit être inscrit dans le dossier médical du patient.

Pour facturer cette consultation complexe, le code prestation agrégé CCX doit être indiqué sur la feuille de soins (électronique ou papier) à transmettre à l'Assurance Maladie. Cette transcodification est directement assurée par le logiciel du professionnel - Pour tous les cas où cette transcodification ne serait pas intervenue, et serait facturée de manière incorrecte par les médecins, des consignes spécifiques vont parvenir par instruction aux caisses du réseau de l'assurance maladie afin que ces factures puissent être retraitées.

2.1.4 COE - Les consultations pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8ème jour, 9ème mois ou 10ème mois et 24ème ou 25ème mois)

Ces nouvelles consultations complexes créées au 1er mai 2017 et revalorisées au 1^{er} novembre 2017 ont déjà été présentées dans les deux circulaires : CIR-13/2017 et CIR-15/2017. Nous vous renvoyons à leur lecture pour en connaître le détail et les modalités de facturation.

2.1.5 Règles de cumul et de facturation des consultations complexes CSO, CCP, CSM, COE

Les consultations CSO, CCP, CSM et COE n'ouvrent pas droit :

- aux majorations pédiatriques MEP, NFE, NFP (article 14.6 de la NGAP)
- à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste MEG (article 14.7 de la NGAP).

Elles ne sont pas cumulables avec :

- la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) ;
- les majorations de coordination MCS, MCG, MCC 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 majorations de permanence de soins dans le cadre de la régulation (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD) ;
- Les majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit, dimanche et jour férié MDN, MDI, MDD (article 14.2 de la NGAP) ;
- Les majorations en cas d'urgence justifiée par l'état du malade des actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés MN, MM, F (article 14 de la NGAP) ;
- La majoration d'urgence MU (article 14.1 de la NGAP).

Hormis la CCP, les consultations CCX et COE sont facturables, le cas échéant, avec la majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée, cotée « MD » (article 14.2 de la NGAP).

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, hormis le cas spécifique de la COE (cf CIR-13/2017 et CIR-15/2017).

2.2 Les consultations complexes correspondant à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable

Les partenaires conventionnels ont convenu également de la nécessité de mieux valoriser la prise en charge de certaines situations cliniques complexes. L'article 15.8 b NGAP définit ces consultations, récapitulées ci-après.

Des codes spécifiques de facturation, dits « codes agrégés » ont été mis en place afin de préserver le secret médical (cf. Encart au I-2 Modalités spécifiques de facturation des consultations complexes et très complexes). Les règles spécifiques de facturation et de cumul sont récapitulées en 2.2.15

2.2.1 MPS - Première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Gynécologue ou gynécologue-obstétricien (S1 ou OPTAM)	MPS	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? Couple lors de la première consultation pour la prise en charge de la stérilité</p> <p>Comment ? présentation du compte 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/ retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? Une seule consultation par couple lors de l'initiation de la prise en charge</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.2 TCA - Première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide)

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Endocrinologue (S1 ou OPTAM)	TCA	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? patient atteint de trouble grave du comportement alimentaire : anorexie mentale par un endocrinologue ou obésité morbide</p> <p>Comment ? recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires)/ mise en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale) -/élaboration d'un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient./retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? 1 seule fois lors de la première consultation</p>	parcours de soins coordonnés
Pédiatre (S1 ou OPTAM)	TCA	[0-2 ans[= 48 €	CS+NFP+MEP+MCX	<p>Quel patient ? première consultation spécifique de prise en charge d'un patient pour la prise en charge de l'anorexie</p> <p>Comment ? 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.</p>	parcours de soins coordonnés
		[2-6 ans[= 48 €	CS+NFE+MEP+MCX		
		6 ans et plus = 46€ ou 44€ si Pédiatre traitant	CS+MPC+MCS+MCX ou si Pédiatre traitant CS+NFE+MCX	<p>Quand ? 1 seule fois lors de la première consultation</p>	

2.2.3 MPT- Première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Pneumologue (S1 ou OPTAM)	MPT	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? première consultation pour la prise en charge d'un patient atteint d'une tuberculose</p> <p>Comment ? Mise en œuvre de la prise en charge thérapeutique avec la mise en place des conditions nécessaires pour l'observance du traitement /retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? Une seule consultation par patient</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.4 SGE- Première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Rhumatologue, MPR ou chirurgien (S1 ou OPTAM)	SGE	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? un enfant ou un adolescent présentant une scoliose grave évolutive</p> <p>Comment ? Réalisation de 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./retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? pour la première consultation du patient pour scoliose grave évolutive</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.5 PTG- Première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin spécialiste en médecine vasculaire, Médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire, Gynécologue ou Gynécologue Obstétricien (S1 ou OPTAM)	PTG	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire déjà diagnostiquée</p> <p>Comment ? Rédaction d'un compte rendu qu'il transmet au médecin traitant/possibilité de procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique/ retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? une seule consultation par praticien et par patient lors de l'initiation d'un traitement, d'une surveillance ou au cours de la même grossesse.</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.6 MMF- Première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Pneumologue (S1 ou OPTAM)	MMF	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? première consultation effectuée pour l'initiation d'un traitement complexe pour un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire</p> <p>Comment ? mise en œuvre la prise en charge thérapeutique/ retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? Une seule consultation par patient</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.7 MCA- Consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge d'un asthme déstabilisé

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Pneumologue (S1 ou OPTAM)	MCA	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? Patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation</p> <p>Comment ? Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant + retour Médecin</p> <p>Quand ? + 1 fois par an + ou - en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge.</p>	parcours de soins coordonnés
PEDIATRE (S1 ou OPTAM) avec compétence en pneumologie	MCA	[0-2 ans] = 48 € [2-6 ans] = 48 € 6 ans et plus = 46€ ou 44€ si Pédiatre traitant	CS+NFP+MEP+MCX CS+NFE+MEP+MCX CS+MPC+MCS+MCX ou si Pédiatre traitant CS+NFE+MCX	<p>Quel patient ? Patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation</p> <p>Comment ? Adaptation du traitement en lien avec le médecin traitant + retour Médecin Traitant</p> <p>Quand ? Si compétence en pneumologie / + 1 fois par an + ou - en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge.</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.8 PPR- Consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Rhumatologue (S1 ou OPTAM)	PPR	46,00 €	CS+MPC+MCS+ MCX	<p>Quel patient ? patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde se définissant comme évolutive sévère selon les référentiels scientifiques en vigueur</p> <p>Comment ? l'évaluation de la situation, la mise en œuvre de la prise en charge et du suivi en lien avec le médecin traitant/ retour Médecin traitant</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.9 PPN- Consultation spécifique 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

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
NEURO (Secteur 1 ou OPTAM)	PPN	62,70 €	CNPSY+MPC PS+MCS PSY+MCX	<p>Quel patient ? Sclérose en plaque/maladie de Parkinson/épilepsie</p> <p>Comment ? Adaptation ou élaboration d'un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? 1 fois par an +/- en cas d'épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique</p>	parcours de soins coordonnés
PEDIATRE (S1 ou OPTAM) avec compétence en neurologie	PPN	[0-2 ans[= 48 €	CS+NFP+MEP+ MCX	<p>Quel patient ? 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.</p> <p>Comment ? Adaptation ou élaboration d'un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour Médecin traitant</p>	parcours de soins coordonnés
		[2-6 ans[= 48 €	CS+NFE+MEP+ MCX	<p>Quand ? Pédiatre avec compétence spécifique en neurologie 1 fois par an +/- en cas d'épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique</p>	
		6 ans et plus = 46€ ou 44€ si Pédiatre traitant	CS+MPC+MCS+ MCX ou si Pédiatre traitant CS+NFE+MCX		

2.2.10 MCT-Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
MPR, Neurologue (S1 ou OPTAM)	MCT	46,00 €	CS+MPC+MCS+ MCX	<p>Quel patient ? Séquelles : invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave/ handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger</p> <p>Comment ? Synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? 4 au plus par an et par patient</p>	parcours de soins coordonnés
PEDIATRE (S1 ou OPTAM) avec compétence en neurologie	MCT	[0-2 ans[= 48 €	CS+NFP+MEP+ MCX	<p>Quel patient ? Séquelles : invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave/ handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger</p> <p>Comment ? Synthèse des différents bilans réalisés + projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire + retour Médecin traitant</p>	parcours de soins coordonnés
		[2-6 ans[= 48 €	CS+NFE+MEP+ MCX	<p>Quand ? Pédiatre ayant des compétences en neurologie; 4 au plus par an et par patient</p>	
		6 ans et plus = 46€ ou 44€ si Pédiatre traitant	CS+MPC+MCS+ MCX ou si Pédiatre traitant CS+NFE+MCX		

2.2.11 SLA- Consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Neurologue, MPR (S1 ou OPTAM)	SLA	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? Séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active après le traitement initial d'un AVC.</p> <p>Comment ? Réévaluation et 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/conclusions diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier patient/ retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? 4 au plus par an et par patient</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.12 MSP- Consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
PEDIATRE (S1 ou OPTAM)	MSP	[0-2 ans[= 48 €	CS+NFP+MEP+MCX	Quel patient ? Enfants de moins de 7 ans nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours	parcours de soins coordonnés
		[2-6 ans[= 48 €	CS+NFE+MEP+MCX	Comment ? 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. + retour Médecin traitant	
		6 ans et plus = 46€ ou 44€ si Pédiatre traitant	CS+MPC+MCS+MCX ou si Pédiatre traitant CS+NFE+MCX	Quand ? 1 fois par an	

2.2.13 POG- Consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave ou d'une pathologie générale avec déficience grave

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Ophtalmologue (S1 ou OPTAM)	POG	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	<p>Quel patient ? enfant ayant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>Comment ? 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/retour Médecin traitant</p>	parcours de soins coordonnés

2.2.14 PEG -Consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...)

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Endocrinologue, Gynécologue , gynécologue obstétricien (S1 ou OPTAM)	PEG	46,00 €	CS+MPC+MCS+MCX	Quel patient ? femme enceinte ayant une pathologie endocrinienne Comment ? Mise en œuvre de la prise en charge en lien avec le médecin traitant, avec l'institution des critères de surveillance / oriente vers le niveau de maternité adéquat/ retour Médecin traitant Quand ? 4 au plus par grossesse	tarif opposable + parcours de soins coordonnés

2.2.15 Règles de facturation et de cumul pour les majorations valorisant les consultations complexes correspondant à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable

Le code prestation agrégé MCX d'une valeur de 16€ permet de mieux valoriser les différentes consultations complexes : MPS, TCA, MPT, SGE, PTG, MMF, MCA, PPR, PPN, MCT, SLA, MSP, POG, PEG.

Ces codes des consultations doivent être inscrits dans le dossier médical du patient.

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 (OPTAM et OPTAM CO) 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.

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. Cette transcodification est directement assurée par le logiciel du professionnel - *Pour tous les cas où cette transcodification ne serait pas intervenue, et serait facturée de manière incorrecte par les médecins, des consignes spécifiques vont parvenir par instruction aux caisses du réseau de l'assurance maladie afin que ces factures puissent être retraitées.*

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.

Les majorations complexes se cumulent le cas échéant avec une C, CS ou CNPSY (CNP).

A cette consultation peut s'ajouter les :

- les majorations pédiatriques MEP, NFE, NFP (article 14.6 de la NGAP) ;
- la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste MEG (article 14.7 de la NGAP) ;

- la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) ;
- les majorations de coordination MCS, MCG, MCC 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 majorations ne sont pas compatibles avec :

- les majorations de permanence de soins dans le cadre de la régulation (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD) ;
- les majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit, dimanche et jour férié MDN, MDI, MDD (article 14.2 de la NGAP) ;
- la majoration d'urgence MU (article 14.1 de la NGAP) ;
- les majorations en cas d'urgence justifiée par l'état du malade des actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés MN, MM, F (article 14 de la NGAP) ;

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.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent avec l'avis ponctuel de consultant.

Ces majorations ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé. Elles ne sont pas facturables par les établissements ex-DG et par les établissements ex-OQN pour leurs médecins salariés dans le cadre des actes et consultations externes.

Pour les moins de 16 ans, le médecin traitant n'étant pas obligatoire, le médecin peut coter la MCS en l'absence de médecin traitant. C'est une tolérance qui constitue une exception à la règle de cotation de la MCS.

2.3 Les consultations très complexes des pédiatres

Les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser la prise en charge et le suivi, par le pédiatre libéral, des enfants présentant une pathologie chronique grave ou un déficit neurosensoriel sévère ainsi que les enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave, dans la mesure où cela correspond à une prise en charge particulièrement difficile et complexe. L'article 15.9 a de la NGAP définit ces consultations.

2.3.1 EPH- Consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
PEDIATRE (tous secteur)	EPH	60,00 €	CCE	<p>Quel patient ? Enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier</p> <p>Comment ? 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.</p> <p>Quand ? Une par trimestre au plus par patient</p>	Tarif opposable obligatoire + parcours de soins coordonnés

2.3.2 CGP - Consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave

Contexte

L'objectif de cette nouvelle consultation très complexe est de revaloriser la prise en charge et le suivi jusqu'à 7 ans par le pédiatre libéral, des enfants nés grands-prématurés.

La majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie congénitale grave (MPP), préexistante, qui avait été créée par décision UNCAM du 8 avril 2013 et inscrite à l'article 15.7 des dispositions générales de la NGAP est parallèlement supprimée au 1er novembre 2017.

Règle de facturation

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Pédiatre (tous secteurs)	CGP	60,00 €	CCE	<p>Quel patient ? enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave</p> <p>Comment ? 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 + retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? de 2 au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant</p>	Tarif opposable obligatoire + parcours de soins coordonnés

2.3.3 Règles de facturation et de cumul pour les consultations très complexes des pédiatres (EPH, CGP)

Ces consultations très complexes, ouvertes aux pédiatres de tout secteur d'exercice, doivent être facturées uniquement à tarif opposable.

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 agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Cette transcodification est directement assurée par le logiciel du professionnel - *Pour tous les cas où cette transcodification ne serait pas intervenue, et serait facturée de manière incorrecte par les médecins, des consignes spécifiques vont parvenir par instruction aux caisses du réseau de l'assurance maladie afin que ces factures puissent être retraitées.*

Les consultations EPH et CGP n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques MEP, NFE et NFP (article 14.6 de la NGAP) ;

Elles ne sont pas cumulables avec :

- la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) ;
- les majorations de coordination MCS, MCG, MCC 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 majorations de permanence de soins dans le cadre de la régulation (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD) ;

- la majoration d'urgence MU (article 14.1 de la NGAP).

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.

L'EPH et la CGP ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

2.4 Les consultations très complexes correspondent à des situations cliniques et de prises en charge particulièrement difficiles et complexes (IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB et MAV).

L'article 15.9 b de la NGAP définit les consultations présentées ci-après.

Des codes spécifiques de facturation, dits « codes agrégés » ont été mis en place afin de préserver le secret médical (cf. encart au I-2 Modalités spécifiques de facturation des consultations complexes et très complexes). Les règles spécifiques de facturation et de cumul sont récapitulées en 2.4.8

2.4.1 IGR- Consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Néphrologue (S1 ou OPTAM)	IGR	60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	<p>Quel patient ? patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers une équipe de greffe rénale</p> <p>Comment ? au terme de l'évaluation des conditions médicales permettant d'établir l'éligibilité à la greffe/éventuellement le contact avec l'équipe de transplantation afin de valider la pertinence d'engager le bilan de pré transplantation/information du 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/ inscription des 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.</p> <p>Quand ? Une seule fois par patient</p>	parcours de soins coordonnés

2.4.2 CPM - Consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Chirurgien Pédiatrique (S1 ou OPTAM)	CPM	60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	<p>Quel patient ? en cas de malformation congénitale grave de l'enfant nécessitant une prise en charge chirurgicale</p> <p>Comment ? information des parents de la pathologie de leur enfant, de son pronostic, de la prise en charge envisagée et des résultats prévisibles escomptés/coordination de la prise en charge et précise les autres intervenants médicaux et paramédicaux éventuellement impliqués dans cette prise en charge/retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge</p>	parcours de soins coordonnés

2.4.3 MMM- Consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal

Spécialité/secteur	code	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de
Gynécologue, Gynécologue obstétricien (S1 ou OPTAM)	MMM	60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	<p>Quel patient ? Parents en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus</p> <p>Comment ? information des parents de la pathologie, des conséquences pour l'enfant, du pronostic à moyen et long terme et des différentes prises en charge possibles /orientation le cas échéant vers une équipe spécialisée pour la poursuite de la prise en charge. Selon la pathologie diagnostiquée, information et coordination de cette prise en charge avec les autres intervenants médicaux/ retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge</p>	parcours de soins coordonnés

2.4.4 MIS - Consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin généraliste et spécialiste en médecine générale (S1 ou OPTAM)	MIS	[0-6 ans] = 60,00€	G ou GS+MTX+MEG	<p>Quel patient ? Après consultation d'annonce pour une pathologie grave : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neuro dégénérative.</p> <p>Comment ? Information et organisation de la prise en charge / Orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour Médecin traitant</p>	parcours de soins coordonnés
		6 ans et plus =55,00€	G ou GS+MTX		
PEDIATRE (S1 ou OPTAM)		[0-2 ans] = 62€	CS+NFP+MEP+MTX		
		[2-6 ans] = 62€	CS+NFE+MEP+MTX		
		6 ans et plus = 60€ ou 58€ si pédiatre traitant	CS+MPC+MCS+MTX ou si Pédiatre traitant CS+NFE+MTX		
PSY/NEURO/NEURO-PSY (Secteur 1 ou OPTAM)		76,70 €	CNPSY+MPC PS+MCS PSY+MTX		
Autres spécialistes (Secteur 1 ou OPTAM)		60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	Quand ? Une seule fois par patient	

2.4.5 PIV- Consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin généraliste et spécialiste en médecine générale (S1 ou OPTAM)	PIV	[0-6 ans] = 60,00€	G ou GS+MTX+MEG	<p>Quel patient ? Après consultation d'annonce d'un patient ayant une infection VIH</p> <p>Comment ? Information et organisation de la prise en charge / Orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour Médecin traitant</p>	parcours de soins coordonnés
		6 ans et plus =55,00€	G ou GS+MTX		
PEDIATRE (S1 ou OPTAM)		[0-2 ans] = 62€	CS+NFP+MEP+MTX		
		[2-6 ans] = 62€	CS+NFE+MEP+MTX		
		6 ans et plus = 60€ ou 58€ si pédiatre traitant	CS+MPC+MCS+MTX ou si Pédiatre traitant CS+NFE+MTX		
PSY/NEURO/NEURO-PSY (Secteur 1 ou OPTAM)		76,70 €	CNPSY+MPC PS+MCS PSY+MTX		
Autres spécialistes (Secteur 1 ou OPTAM)		60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	Quand ? Une seule fois par patient lors de l'initiation de la prise en charge	

2.4.6 MPB - Consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha)

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
rhumatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue (S1 ou OPTAM)	MPB	60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	<p>Quel patient ? 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</p> <p>Comment ? Retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi</p>	parcours de soins coordonnés

2.4.7 MAV- Consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
un rhumatologue, un médecin de médecine interne, ou un dermatologue (S1 ou OPTAM)	MAV	60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	<p>Quel patient ? d'un patient ayant une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou une vascularite systémique déjà diagnostiquée</p> <p>Comment ? rédaction de conclusions thérapeutiques/retour Médecin traitant</p> <p>Quand ? une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi</p>	parcours de soins coordonnés

2.4.8 Règles de facturation et de cumul pour les majorations 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 agrégé 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 adhérent 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 très complexes se cumulent le cas échéant avec une C, CS ou CNPSY (CNP).

A cette consultation peuvent s'ajouter les :

- les majorations pédiatriques MEP, NFE, NFP (article 14.6 de la NGAP) ;

- la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste MEG (article 14.7 de la NGAP) ;
- la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) ;
- les majorations de coordination MCS, MCG, MCC 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 majorations très complexes ne sont pas compatibles avec :

- les majorations de permanence de soins dans le cadre de la régulation (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD) ;
- les majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit, dimanche et jour férié MDN, MDI, MDD (article 14.2 de la NGAP) ;
- la majoration d'urgence MU (article 14.1 de la NGAP) ;
- les majorations en cas d'urgence justifiée par l'état du malade des actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés MN, MM, F (article 14 de la NGAP) ;

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.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas avec l'avis ponctuel de consultant.

Ces majorations ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé. Elles ne sont pas facturables par les établissements ex-DG et par les établissements ex-OQN pour leurs médecins salariés dans le cadre des actes et consultations externes.

Pour les moins de 16 ans, le médecin traitant n'étant pas obligatoire, le médecin peut coter la MCS en l'absence de médecin traitant. C'est une tolérance qui constitue une exception à la règle de cotation de la MCS.

II- Mesures sur la télémédecine introduites par l'avenant n° 2 à la convention nationale

Les partenaires conventionnels se sont accordés sur la définition d'actes de télémédecine pour faciliter la prise en charge des patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Deux nouveaux actes ont été créés (cf article 28.6 de la convention médicale et décision UNCAM en cours de publication au journal officiel).

1. Acte de téléexpertise entre deux médecins généralistes pour un patient admis en EHPAD - TDT

L'acte TDT est un acte de téléexpertise au profit du patient au moment de son entrée en EHPAD, entre l'ancien médecin traitant du patient et le nouveau médecin traitant du patient. En cas de changement de médecin traitant pour un patient nouvellement admis en EHPAD, le nouveau médecin traitant a donc la possibilité, sous réserve du consentement du patient ou de son représentant légal, de solliciter l'avis du précédent médecin traitant par téléexpertise.

Cette téléexpertise réalisée de façon simultanée, permet d'identifier les points d'attention dans le dossier du patient et les situations à risque, notamment celles liées à la iatrogénie dans une démarche de conciliation médicamenteuse. Le compte rendu de la téléexpertise doit être inscrit dans le dossier du patient et mis à disposition du médecin coordonnateur de l'EHPAD sauf opposition du patient ou de son représentant légal.

Règles de facturation

Le tarif du TDT est fixé à 15 € et ne peut donner lieu à dépassement.

Il est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient ainsi que par le précédent médecin traitant en tiers payant.

Du fait des contraintes techniques de facturation des actes de télémédecine, cet acte est provisoirement pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire.

Il n'est pas cumulable avec d'autres actes.

Il ne peut être facturé qu'une seule fois lors de l'admission du patient en EHPAD et au plus tard dans un délai de 2 mois après le changement de médecin traitant.

2. Acte de téléconsultation d'un résidant en EHPAD par le médecin traitant sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital relevant d'un appel au centre de régulation

L'acte TTE est un acte de téléconsultation réalisé par le médecin traitant au profit des patients résidant en EHPAD à la demande d'un professionnel de santé de l'établissement qui constaterait une modification de l'état lésionnel ou fonctionnel du patient sans mise en jeu du pronostic vital qui relèverait alors d'un appel au centre de régulation des urgences.

En l'absence du médecin traitant, cette téléconsultation peut être réalisée par son remplaçant ou l'organisation territoriale de la garde vers laquelle le patient est orienté ;

La téléconsultation réalisée à l'aide d'un moyen visuel, comporte un interrogatoire, un recueil des éléments de l'examen clinique réalisé par le professionnel de santé et, s'il y a lieu, une prescription médicale adressée par moyen sécurisé au professionnel de santé de l'établissement requérant.

Le professionnel de santé requérant l'avis du médecin traitant devra préciser les motifs de sa demande et transmettre au médecin traitant, par moyen sécurisé, les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Règles de facturation

Le tarif de l'acte de téléconsultation, dénommé TTE est fixé à hauteur de 25 € (G ou GS ou C+MPC selon la spécialité médicale du médecin), pour un médecin traitant de secteur opposable ou de secteur à honoraires différents adhérent aux options de pratique tarifaire maîtrisée, sans possibilité de dépassement.

Pour un médecin traitant de secteur à honoraires différents non adhérent aux options de pratique tarifaire maîtrisée, le tarif du TTE est de 23 €, sans possibilité de dépassement.

Cet acte est facturé en tiers payant exclusivement.

Du fait des contraintes techniques de facturation des actes de télémédecine, l'acte TTE est provisoirement pris en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire et est réservé aux seuls médecins traitants.

L'acte TTE est compatible avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins et avec les majorations de nuit, dimanche et jours fériés définies à l'article 14 de la NGAP.

Annexe 1 Récapitulatif des revalorisations au 1er novembre 2017

CODE	LIBELLE	Tarif en vigueur jusqu'au 31 octobre 2017		Tarif en vigueur à partir du 1er novembre 2017	
		métropole	DROM*	métropole	DROM*
VL	Visite longue pour maladie neuro- dégénérative	46,00 €	55,20 €	60,00 €	72,00 €
MBB	Nourrisson du pédiatre pour consultation obligatoire et consultation dans les 28 j	7,00 €	7,00 €	suppression et remplacement par de nouvelles consultations complexes et très complexes	
MPP	Suivi des enfants grands prématurés ou atteints de pathologie congénitale grave du pédiatre	5,00 €	5,00 €		
MPF	Majoration pour la consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an	10,00 €	10,00 €	20,00 €	20,00 €
MAF	Majoration pour la consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée.				
MCE	Majoration pour la consultation endocrinopathie complexe de l'endocrinologue			16,00 €	16,00 €
MTA	Majoration pour la consultation appareillage du MPR	20,00 €	20,00 €	23,00 €	23,00 €

* Hors Mayotte, le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte

Annexe 2 Gratuité, secret et dispense d'avance des frais pour la consultation CCP et les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif pour un mineur d'au moins 15 ans (introduits par l'article 64 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2016)

Gratuité et secret

Les bénéficiaires

Peuvent bénéficier du dispositif introduit par l'article 64 de la LFSS pour 2016 instaurant des mesures de gratuité totale et d'anonymat pour les consultations et les actes en lien avec la prescription d'un contraceptif pour les mineures d'au moins 15 ans, ainsi qu'une simplification du parcours d'accès à la contraception des mineures :

⇒ les jeunes filles mineures assurées ou ayants-droit d'au moins 15 ans.

Pour bénéficier de la suppression de la participation de l'assuré, la jeune fille devra justifier auprès de chaque professionnel de sa qualité d'assurée sociale ou d'ayant droit par la présentation, en fonction de son âge ou de sa situation :

- de la carte Vitale du parent ouvrant droit ou d'une attestation de droits à jour, pour les moins de 16 ans et potentiellement pour les jeunes filles à partir de 16 ans n'ayant pas de carte individuelle,
- de sa carte Vitale individuelle ou d'une attestation de droits à jour, à partir de 16 ans,
- de sa carte Vitale ou d'une attestation de droits à jour : si elle est personnellement assurée.

Dans le cas où la mineure n'est pas en mesure de produire l'un de ces justificatifs (par exemple absence de carte Vitale personnelle avant 16 ans, mineure de 16 ans et plus n'ayant pas encore reçu sa carte Vitale...), ou demande le secret, le professionnel pourra, **à titre exceptionnel**, utiliser un NIR Anonyme pour facturer les consultations et actes prescrits dans ce cadre.

La suppression de la participation de l'assuré est de droit et doit être systématiquement appliquée dès lors que la jeune fille a au moins 15 ans, qu'elle demande ou non le secret.

Gratuité et dispense d'avance des frais (DAF)

Afin d'assurer la gratuité des actes une procédure de dispense d'avance des frais (DAF) est obligatoirement applicable par le médecin.

Annexe 3 Nouvelles consultations complexes et très complexes

type de facturation	Les nouvelles consultations	code à inscrire dans le dossier médical	code facturation transmis AMO et AMC
consultation à 46€	la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans	CCP	CCP
	consultations pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8 ^{ème} jour, 9 ^{ème} mois ou 10 ^{ème} mois et 24 ^{ème} ou 25 ^{ème} mois)	COE	COE
	une consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité	CSO	CCX
	consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28 ^{ème} jour de vie	CSM	
consultation à 60€	consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier	EPH	CCE
	consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave	CGP	
type de facturation	Les nouvelles consultations	code à inscrire dans le dossier médical	code facturation transmis AMO et AMC
majoration de 16€	Consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours	MSP	MCX
	Consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, grand-prématuré)	POG	
	consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...)	PEG	
	consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires	MCT	
	consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC	SLA	
	consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge d'un asthme déstabilisé	MCA	
	consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication	PPR	
	consultation spécifique 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	PPN	
	première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité	MPS	
	première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide)	TCA	
	Première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose	MPT	
	première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent	SGE	
	Première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire	PTG	
	Première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire	MMF	
type de facturation	Les nouvelles consultations	code à inscrire dans le dossier médical	code facturation transmis AMO et AMC
majoration de 30€	consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, réalisée	MIS	MTX
	Consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique	MAV	
	consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH	PIV	
	consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha)	MPB	
	consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal	MMM	
	consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale	CPM	
	consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale	IGR	