Afin de préserver l'anonymat médical vis-à-vis des tutelles le modificateur facturé est bien MTX mais le modificateur MPB ou MIS doit être tracé dans le dossier médical du patient.
On ne peut facturer qu'une seule fois le MTX !

L'ACTE CLINIQUE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ (PATIENT HOSPITALISÉ)

De façon générale l'activité clinique en établissement de santé est le prolongement de celle du cabinet ; d'ailleurs quand un acte n'est pas réalisable sur un patient hospitalisé, cela est précisé dans le libellé comme les consultations très complexes.

Vous ne pouvez facturer d'APC pour un patient hospitalisé.

Vous pouvez par contre facturer CS +MPC pour un avis spécialisé et rajouter MCS si vous faites un courrier au médecin traitant.

Par contre la MPC ne s'applique pas pour le C 0.80 d'honoraires de surveillance, réduit à C 0.40 au-delà du 20ème jour et C 0.20 au delà du 60ème jour.

Actes Cliniques	Valeur	Règles de facturation
CS+MCS+MPC	30 €	Médecin traitant déclaré
APC	48 puis 50 € au 1er Juin 2018	Règle des 4mois ; Cs de Synthèse possible sous conditions
CS +MPC+ MCU	40 €	Tarif opposable obligatoire
CS +MPC+MCS+MTX	60 €	MIS ou MPB traces dans dossier, une seule fois par patient
C 0.80	18,40 €	Surveillance en clinique médicale ; inf. à 21jours

Rédacteur : **Thierry HELBERT**

Le bureau du SYNMAD :
Franck DEVULDER, Frédéric CORDET, Denis CONSTANTINI

Le bureau du CREGG :
Patrick DELASALLE, Guillaume BONNAUD, Pierre Adrien DALBIES

CREGG
Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépato-Gastroentérologie

Synmad

La Nomenclature des actes cliniques en Hépatogastroentérologie

CREGG
Club de Réflexion des Cabinets et Groupes d'Hépato-Gastroentérologie

Synmad

La hiérarchisation et la valorisation des actes cliniques depuis longtemps réclamées par le Synmad et le Cregg ont été au centre des dernières discussions conventionnelles.

Initialement réfléchie autour de trois niveaux de consultations, la Convention 2016 n'a que partiellement répondu aux attentes, et surtout a abouti à un catalogue d'actes et de modificateurs, avec des règles de facturations le plus souvent peu compréhensibles voire opaques !

La mise en place de ces modificateurs a été dictée par la volonté de la Cnam, d'une part de supprimer la relation pécuniaire systématique entre le C et le C2, et d'autre part d'autoriser l'utilisation de ces modificateurs dans un premier temps aux seuls praticiens de secteur 1 ou de secteur 2 Optam.

Les praticiens de secteur 2 pourront néanmoins coter ces modificateurs à partir du 1er Avril 2018 dès qu'ils factureront des honoraires à tarifs opposables.

L'ACTE CLINIQUE DE BASE : LA CS AU CABINET

A la valeur initiale de 23 € se rajoute la Majoration Pour la Consultation MPC de 2 € et la Majoration de Coordination des Soins MCS portée à 5 € quand le patient est bien intégré dans un parcours de soins, c'est-à-dire généralement ayant un médecin traitant déclaré.

CS+ MPC +MCS = 30 €

L'AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT APC

Feu le vulgaire C2, place à l'APC dissocie donc du C d'une valeur de 48 €, portée à 50 € au 1er Juin 2018.

APC = 48 €

Les règles de cotations du C2 s'appliquent naturellement à l'APC.

Le patient doit vous être adressé par le médecin traitant mais le courrier n'est pas absolument nécessaire.

Vous ne pouvez pas coter un nouvel APC dans les 4 mois suivants.

Vous pouvez coter une Cs de synthèse si vous revoyez le patient dans ce délai pour prendre connaissance d'examens nécessaires à condition que vous ne les ayez pas réalisés vous-même (biologie, TDM, IRM par exemple).

Vous ne pouvez donc pas coter une CS de synthèse après réalisation par vous-même d'endoscopies digestives, échographies ou autres examens.

En cas d'évènement intercurrent, vous pouvez coter une CS dans ce délai de 4 mois.

Si vous avez coté une CS avant réalisation d'endoscopies digestives, vous ne pouvez facturer une CS pour remise des résultats dans un délai de 15 jours si votre acte a été thérapeutique (polypectomies, prothèses, actes biliopancreatiques…); cela reste possible par contre pour remise de résultats histopathologiques obtenus après biopsies (endoscopiques ou échoendoscopiques).

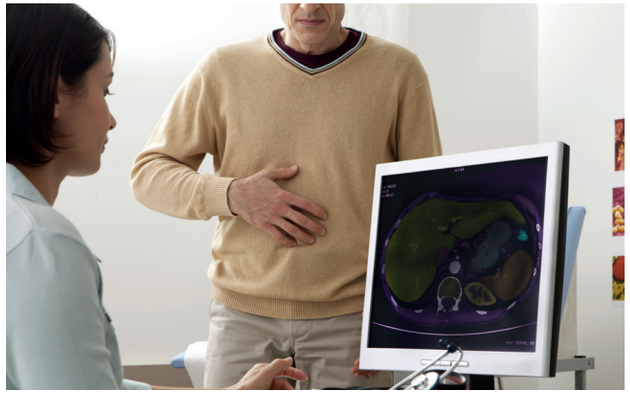
Attention dans le cadre d'un patient suivi en ALD (MICI, Cancer, Cirrhose), l'APC n'est pas facturable s'il vous consulte pour cette pathologie car l'avis ponctuel de consultant n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée ou d'une séquence de soins !

La consultation initiale préalable à la mise en place du protocole de soins est par contre possible, sans donner bien sûr de nouveaux rendez-vous.

LES MODIFICATEURS

La Majoration Consultant Urgence d'Urgence MCU (Pour tout secteur si tarifs opposables).

Les consultations par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures se verront majorées de 15 € avec l'application du code MCU (le médecin traitant touchant lui 5 € !).



La MCU est à ajouter à l'acte de consultation (CS ou APC). Elle n'est pas cumulable avec les actes CCAM ni avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables, tout secteur confondu.

La cotation se fera alors de la façon suivante :

CS + MPC + MCU = 40 €

LES AUTRES MODIFICATEURS D'ACTE CLINIQUE EN URGENCE

F pour une CS ou un APC réalisés le dimanche, le samedi après 12h en garde et les Jours fériés.

U pour un appel entre 19h et 7h.

F : 19.06 €

U : 25.15 €

LES MODIFICATEURS DE CONSULTATIONS TRÈS COMPLEXES

Majoration pour information Initiale et mise en place de la Stratégie Thérapeutique MIS (En matière de Cancer) 30 €.

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 (cancer…).

CS + MPC + MCS + MTX = 60 €

Majoration Pour Traitement par Biothérapie MPB (information et prise en charge) 30 €.

Cette majoration pourra être appliquée à la suite d'une consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha), réalisée en cas de Maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique.

CS + MPC +MCS + MTX =60 €