

INFORMATIONS MARS 2012

La **nouvelle convention**, grâce aux actions du SNDV, a permis d'obtenir des valorisations pour notre exercice avec **l'apparition de nouveaux libellés et des modifications d'actes existants**. La journée de dépistage gratuit et anonyme des cancers de la peau porte ses fruits avec la **création d'une consultation pour les patients à risque de mélanome**, nommée CDE, valorisée à 2C soit 46 € ; son champ d'application est large.

Apprendre à bien codifier est aussi important pour les secteurs 1 que pour les secteurs 2 qui risquent de voir leurs honoraires bloqués autoritairement par interprétation du « tact et mesure ». Le **C2** doit être utilisé au mieux par tous, il met la valeur de la consultation dans ce cadre au tarif de 46 euros, il peut être suivi d'une consultation de synthèse. Le **FSD** est élargi et valorisé à **40 euros**, le cumul consultation plus biopsie devient possible, mais le deuxième acte est divisé par 2 pour cette association, en dépit des accords passés ! Nous ne sommes pas favorables à son utilisation dans ces conditions, nous demanderons l'application pleine et entière de la codification et cette possibilité d'association pour les actes de biopsie spécifique (ongle, nez, oreille, lèvres, sein, pénis, glandes salivaires).

En voici les cadres de l'application

1 - DEPISTAGE OU SUIVI DE PATIENTS A RISQUES DE MELANOME

Ce qui est nouveau : le patient peut être adressé par son médecin traitant (parcours de soins) ou venir de lui-même (hors parcours de soins)

- **CDE : Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.** « Article 15.2.1. de la nouvelle convention »

Tarif : 2C donc 46 euros

Indications : concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS :

- **antécédent personnel ou familial de mélanome** ;
- phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs) ;
- nombre élevé de nævus, de nævus de grande taille, de nævus atypiques ;
- antécédents ou mode de vie avec expositions solaires intenses.

Contraintes :

- recueillir les antécédents personnels et familiaux, les habitudes d'expositions solaires ;
- réaliser un examen cutané du corps entier ;
- réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte ;
- informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non-exposition solaire et d'auto-surveillance cutanée ;
- synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant.

Cette consultation ne peut être tarifée qu'une fois par an.

Nous vous rappelons **que les patients ayant un antécédent personnel ou familial de mélanome, syndrome du nævus atypique, chez un patient à haut risque**, la cotation suivante

- QZQP001 : Surveillance dermatoscopique pour surveillance de lésion à haut risque

Tarif : 54,10 euros

Dont les conditions d'application et de réalisation sont les suivantes :

Indications : Formation : spécifique à la dermatoscopie pour ce type de patient

Facturation : examen par dermatoscopie de l'ordre de 30 minutes

Contrainte : le patient doit être dans le parcours de soins

Pour les patients ayant un antécédent personnel ou familial de mélanome, syndrome du naevus atypique, chez un patient à haut risque, il faut privilégier le QZQP001.

2 - CUMUL HONORAIRES : CONSULTATION ET BIOPSIE

Le cumul des honoraires des actes de biopsie dermo-épidermique, par abord direct (QZHA001) et de biopsie des tissus sous-cutanés sus fasciaux, par abord direct (QZHA005) avec ceux de la consultation à partir de mars 2012.

Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur.

En pratique on code CS+MPC+MCS = 28 € plus QZHA001/2 = 10 € soit 38 €
ou QZHA005/2 : 10,23 € soit 38,23 €

Pour les médecins en secteur 1 et pour tous les secteurs pour les patients CMU

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ¹	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant ³
J J M M A A A A			CS		23 €				
J J M M A A A A				MPC	2 €				
J J M M A A A A				MCS	3 €				
J J M M A A A A	Q Z H A 0 0 1			2	10 €				
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					38 €				

Pour les médecins en secteur 2

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ¹	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant ³
J J M M A A A A			CS		vos honoraires de CS				
J J M M A A A A	Q Z H A 0 0 1			2	10 €				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					XX €				

Note : La décision UNCAM du 17 décembre 2013, publiée au JO du 8 février 2014, autorise également le cumul de C CS C2 C3 avec les actes techniques de biopsie suivants :

Les actes suivants sont admis à compter du 10 mars 2014

**QZHA001 (biopsie cutanée), QZHA005 (tissus sus-faciaux);
BAHA001 (paupière);
CAHA 001 (oreille), CAHA002 (avec cartilage);
GAHA001 (nez ou muqueuse nasale);
HAHA002 (lèvre);
QEHA001 (plaque aréolo-mamelonnaire);
JHHA001 (pénis), JMHA001 (vulve).**

3 - AVIS PONCTUEL DE CONSULTANT DANS LE CADRE DU PARCOURS DE SOINS (C2 OU V2 + CS OU VS OU ACTE EN CCAM)

Lorsque qu'un médecin traitant vous adresse (quel que soit le mode) un patient pour avis, si vous n'avez pas déjà facturé un C2 dans les 6 mois précédant et si vous ne devez pas le revoir dans les 6 prochains pour la même pathologie, vous pouvez facturer au choix une de ces 3 possibilités

- C2 puis CS de synthèse
- C2 puis acte technique de CCAM (pas de CS de synthèse possible)
- C2 avec biopsie (à 50%) puis CS de synthèse
- V2 puis VS ou CS ou acte en CCAM

Le C2 s'applique aussi pour les enfants.

Seul impératif faire un courrier de réponse au médecin traitant.

Il y a disparition du calcul de votre pourcentage d'acte en CCAM qui vous autorisait à facturer soit C2+CS ou C2 et acte en CCAM.

Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

Principes : l'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 6 mois suivants.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps.

Le médecin traitant s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées

dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Dérogations

a) Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. **Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde est valorisée par une CS.** Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré anesthésique.

Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. **Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur.** Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

- C2 : consultation au cabinet du médecin spécialiste
- V2 : visite au domicile du malade

3 - NOUVEAUTES POUR LE FORFAIT SECURITE DERMATOLOGIE (FSD)

Augmentation du **FSD** de 5 €, il passe de 35 € à **40 €**.

On peut dorénavant associer le FSD à la cotation des exérèses d'une lésion sous-cutanée susfasciale

- QZFA002 : Exérèse d'une lésion sous-cutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe
- QZFA001 : Exérèse de 2 à 5 lésions sous-cutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe
- QZFA005 : Exérèse de 6 lésions sous-cutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe
- QZFA007 : Exérèse de lésion sous-cutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe

RAPPEL: les actes suivants sont soumis à remboursement sous condition et peuvent s'associer au FSD dans le cadre suivant : exérèse de naevus et de tumeur cutanée maligne :

HAFA008 : exérèse non transfixiante de lésion de lèvre

GAFA007 : exérèse non transfixiante de lésion de la peau du nez ou de la muqueuse nasale

BAFA005 : exérèse non transfixiante de lésions multiples unilatérales de paupière

BAFA006 : exérèse non transfixiante d'une lésion d'une paupière

BAFA012 : exérèse de lésion cutanée du sourcil

CAFA002 : exérèse partielle non transfixiante de l'auricule

CAFA005 : exérèse partielle transfixiante de l'auricule

QZFA036 : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5cm²

QZFA031 : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5cm²

QZFA003 : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 6 zones cutanées ou plus de moins de 5cm²

QZFA004 : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5cm² à 10cm²

QZFA011 : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 10cm²

à 50cm²

QZFA035 : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 50cm² à 200cm²

QZFA030 : exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de plus de 200cm²

Lors d'actes d'exérèses en établissement de santé, le FSD est perçu par l'établissement.

4 - CMU SANS MEDECIN TRAITANT

Même si le patient CMU n'a pas déclaré de médecin traitant, vous pouvez facturer la majoration de coordination (MCS = 3€) en plus de ce que vous faisiez auparavant (CS = 23€ + Majoration forfaitaire transitoire MPC = 2€ pour les spécialistes en secteur 1 et secteur 2) soit au total 28 €

5 - RAPPEL DE L'UTILISATION DU CODE 3 POUR LA FACTURATION DU DEUXIEME ACTE A 75% EN DERMATOLOGIE

Le deuxième acte ne peut être tarifé à 75% (code 3) lors d'association d'actes **que si les deux situations** suivantes sont réunies :

- Il faut que ce soit **deux actes** de chirurgie **différents** ayant la dénomination ADC (acte de chirurgie) dans le texte de la CCAM technique dans www.ameli.fr
Cela concerne les actes décrits comme biopsie, curetage, shaving évacuation de collection, parage et/ou excision, ablation de corps étranger, séance de détersion mécanique, exérèse, exérèse tangentielle, autogreffe, réparation, transplantation.

ET

- Les actes doivent porter sur 2 sites de localisation différents soit
 - . deux membres différents
 - . ou un membre et l'extrémité céphalique (cuir chevelu, face et cou)
 - . ou le tronc (torse et dos) et une extrémité céphalique
 - . ou le tronc et le membre

Dans les tableaux suivants, pour chaque acte, vous trouverez la distinction ADC : acte de chirurgie, ou ATM : acte technique, vous pourrez ainsi déterminer de l'utilisation du code 3

Exemple :

Exérèse tangentielle d'une lésion du tronc : QZFA028 (25€) et curetage d'une lésion de la joue QZFA013 (23,03 € x 0,75 = 17,27 €)

date des actes	codes des actes	activités	C, CS, CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés
				(F-U)	code de majoration à ajouter en fonction du contexte	
	QZFA028	1			1 X	25 € (100%)
	QZFA013	1			3 X	17,27 € (75% de 23,03 €)
Total = 42,27 €						

Le reste de nos actes sont majoritairement des actes dits de thérapeutique médicale (ATM) : électrocoagulation et cryothérapie pour destruction, exfoliation, photothérapie.
La facturation du deuxième acte ne peut se faire qu'à 50% du tarif.

TELETRANSMISSION

La sanction conventionnelle applicable en cas de non-respect de manière systématique de cette obligation de transmission électronique sera une suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux d'une durée variable.

LEXIQUE

FSD : Forfait Sécurité Dermatologie

RC : remboursement sous condition, les modalités sont écrites sous chaque chapitre dans www.ameli.fr, afin de déterminer si l'acte est thérapeutique ou esthétique

ADC : Acte de chirurgie (utilisation éventuelle du code 3 si 2 ADC et 2 topographies différentes, défini dans le chapitre code 3)

ATM : Acte de technique médicale

Texte initial écrit par le Syndicat national de dermato-vénérologie

syndicat.dermatologues@wanadoo.fr

Dr Luc Sulimovic Dr Marie Aléos-Guégan Dr Claire Geoffray Dr Véronique Lemaire

Président SNDV Vice-Présidente SNDV Membre du CA SNDV Membre du CA SNDV

Texte mis à jour le 10 mars 2014 par Dr Jean-Luc VARLET