

CIRCULAIRE

CIR-18/2013

Document consultable dans Médi@m

Date :

05/12/2013

Domaine(s) :

gestion des prestations en nature

gestion du risque

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Décision UNCAM du 25 septembre 2013 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) ; nouvelle version de la CCAM (V32).

Liens :

CIR-6/2012

CIR-13/2012

CIR-26/2012

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS

DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☐ CARSAT

☐ UGECAM

☒ CGSS

☒ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

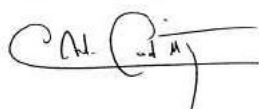
La décision UNCAM du 25 septembre 2013 modifie la NGAP des médecins (forfait de surveillance médicale pour cures thermales ; cumul consultation et actes de biopsie) et la CCAM (dérogation non cumul ETT et ECG, modificateur S urgence). Elle modifie également la NGAP des chirurgiens dentistes afin de prendre en charge les implants pour les patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale.

Une nouvelle base CCAM (version 32) est mise à disposition des éditeurs de logiciels selon le circuit en vigueur.

Mots clés :

NGAP ; STH ; implants dentaires ; CCAM ; modificateur S urgence ; actes de biopsie ; ETT et ECG

**Le Directeur Délégué
aux Opérations**



Olivier de CADEVILLE

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



Mathilde LIGNOT-LELOUP

CIRCULAIRE : 18/2013

Date : 05/12/2013

Objet : Décision UNCAM du 25 septembre 2013 concernant la Liste des actes et prestations (LAP) ; nouvelle version de la CCAM (V32).

Affaire suivie par :

Pour les mesures médecins :

Christine Vaultont – christine.vaultont@cnamts.fr

Dr Yves Allieux – yves.allieux@cnamts.fr

Pour les mesures « dentaires » :

Danièle Duglué – daniele.duglue@cnamts.fr

Dr Gérard Sornin – gerard.sornin-ext@cnamts.fr

La décision UNCAM du 25 septembre 2013 a été publiée au Journal Officiel du 27 novembre 2013. Les mesures de cette décision sont applicables au 27 décembre 2013, sauf la mesure (Cf infra 1.2.) sur le forfait de surveillance médicale des cures thermales qui entre en vigueur le 8 décembre 2013.

I – Mesures concernant les médecins

I.1. Mesures CCAM

1.1.1. Non cumul ETT et ECG : dérogation

Depuis la décision UNCAM du 20 mars 2012 (JO du 7 juin 2012), l'association de l'acte DZQM006 « échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques » (ETT) avec l'acte DEQP003 « électrocardiographie sur au moins 12 dérivations » (ECG) n'est plus autorisée à la facturation (cf. Circ. 13/2012 du 22 juin 2012).

Néanmoins, s'appuyant sur le rapport d'évaluation de la HAS, mis à jour en novembre 2012, sur les principales indications et conditions de réalisation de l'ETT, la décision UNCAM du 25 septembre 2013 autorise la facturation de ces 2 actes en cas de **bilan pour les patients traités par médicaments cardiotoxiques**.

La modification de la note de facturation de l'acte DZQM006, introduite par cette décision, crée une dérogation à l'interdiction en précisant : *« à l'exception de sa réalisation lors des bilans pour traitement par médicament cardiotoxique, conformément aux modalités de suivi cardiologique définies dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) émis par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé*

Rapport HAS : « Echocardiographie doppler transthoracique : principales indications et conditions de réalisation » - mai 2012 »

La cardiotoxicité doit être mentionnée dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) consultable sur le site de l'ANSM.

Exemple : Herceptin

« Tous les patients susceptibles d'être traités par Herceptin, et en particulier ceux déjà exposés aux anthracyclines et au cyclophosphamide (AC), doivent bénéficier d'une évaluation cardiaque initiale comportant : anamnèse et examen clinique, ECG, échocardiogramme ou scintigraphie cardiaque, ou imagerie par résonance magnétique ».

La cotation de l'acte d'ECG suit la règle générale en matière d'actes techniques (article III.3.B de la LAP), à savoir : « L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur ».

1.1.2. CCAM - modificateurs d'urgence : extension du modificateur S

Les modificateurs urgence sont décrits :

- au livre II de la CCAM, subdivision 19.03.01
- dans les dispositions générales et diverses de la CCAM : à l'article III-2 (explication et code des modificateurs et à l'annexe 1 « Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs » de la Liste des Actes et Prestations (LAP).

Ils sont facturables avec un acte technique de la CCAM dès lors qu'ils sont précisés sous le code de l'acte. Il existe 4 modificateurs d'urgence : U, P, S et F.

La décision UNCAM du 25 septembre 2013 élargit la plage horaire permettant de coter le **modificateur S** (40 €) qui peut être tarifé avec un « acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins ». Avant, ce modificateur était tarifable en nuit profonde de 00h à 06h. La décision UNCAM élargit la plage horaire de tarification jusqu'à 08h, soit de 00h à 08h.

Dès lors, la plage horaire du **modificateur P** (35 €) « acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h ou de 06h à 08h » est limitée aux actes réalisés de 20h à minuit. Le nouveau libellé est « acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes de 20h à 00h ».

La note d'exclusion du **modificateur U** (25,15 €) « acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20h et 08h » intègre ces modifications. Elle est désormais rédigée comme suit *« à l'exclusion de : acte réalisé par le pédiatre ou par le médecin généraliste ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, de 00h à 08h.*

Le tableau ci-dessous récapitule les nouvelles plages horaires ouvrant droit à la cotation de ces 3 modificateurs :

MODIFICATEURS URGENCE CCAM	20h	00h	6h	8h
Acte réalisé en urgence par les médecins	U (25,15€)			
Acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généralistes	P (35€)	S (40€)		
Acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins	U (25,15€)	S (40€)		

I.2 Mesure NGAP / CCAM : cumul consultation et actes de biopsie

Depuis la décision UNCAM du 20 décembre 2011 (JO du 21 février 2012), une dérogation au principe de non cumul d'un acte de consultation et d'un acte technique (article III-3 de la LAP) a été introduite pour les médecins spécialistes en dermatologie pratiquant l'un des 2 actes de biopsie cutanée : QZHA001 et QZHA005 (Cf. Circ. 6/2012 du 2/03/2012).

La décision UNCAM du 2 octobre 2012 a ouvert cette dérogation à l'avis ponctuel de consultant (cf. Circ. 26/2012 du 12/12/2012).

Cette dérogation avait été réservée aux dermatologues car ils réalisent, en activité privée, plus de 95% de l'acte de biopsie dermoépidermique par abord direct (QZHA001) et les 2/3 de l'acte de biopsie des tissus souscutanés susfasciaux par abord direct (QZHA005).

La décision UNCAM du 25 septembre 2013 étend cette dérogation à l'ensemble des praticiens. La mention « pour les dermatologues » est donc supprimée à :

- l'article III-3-5 (Association) de la LAP
- l'article 18B - 8^{ème} alinéa (Avis consultant) de la NGAP.

Il est rappelé que la consultation est facturée à taux plein et l'acte technique à 50% de sa valeur. Pour ce dernier, en cas de facturation en Sesam-Vitale, la décote n'étant pas gérée automatiquement par le système après avoir entré le code CCAM, le médecin doit saisir directement le montant des honoraires décoté et forcer le montant remboursable AMO en prenant en compte l'abattement, sans renseigner le code association. La fiche de communication aux professionnels de santé 2012 proposait l'exemple suivant :

Identifiant de l'assuré								Orienté par le médecin		Identifiant du professionnel de	
Code CCAM	Code prestation	Prix Unitaire	Code association	Base de remboursement	Taux AMO	Montant remboursable AMO	Montant des honoraires				
	CS	23		23	70%	16.10	23				
QZHA001	ADC	19.99		19.99	70%	6.99	9.99				

Remarque : les informations surlignées en bleu sont saisies par le PS. Les autres sont déterminées par le LPS.

I.3. Mesure NGAP : le forfait de surveillance médicale des cures thermales (STH)

L'avenant 9 à la convention médicale (JO du 7 juin 2013) prévoit, dans son article 5, modifiant l'article 27.5 « Valorisation de la pratique des médecins à expertise particulière » que soit modifié le contenu du forfait de surveillance thermique défini à la nomenclature afin d'y intégrer les dispositions du contrat de bonne pratique désormais abrogé.

La décision UNCAM du 25 septembre 2013 modifie donc la NGAP - Titre XV - Actes divers, chapitre IV - Cures thermales, article 2 « Honoraires de surveillance médicale » en y ajoutant une description du contenu de ces honoraires (calculés sous la forme d'un forfait) :

- au moins 3 consultations pour la surveillance thermique
- la rédaction d'un document, dit fiche de liaison, pour le médecin prescripteur.

Cette fiche de liaison, qui retrace l'évolution de la cure, doit également indiquer la proposition diagnostique et thérapeutique du médecin thermal. Elle doit être tenue à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

Bien que la **valeur du forfait précité (STH)** ne relève pas d'une décision UNCAM, il est rappelé que le même article 5 de l'avenant 9 prévoit que « *La valeur du forfait thermal (STH) est alors portée de 70 € à 80 €. Pour l'application de cette mesure en 2013, la valeur du forfait thermal est fixée transitoirement à 90 €.* ».

Cette période transitoire débutant dès l'entrée en vigueur de l'avenant 9, soit le 8 décembre 2013 (article L 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale), la décision UNCAM du 25 septembre 2013 précise en son article 4 que la date d'entrée en vigueur du nouvel article 2 « honoraires de surveillance médicale » est le 8 décembre 2013. Concernant la valeur du forfait qui devait passer à 80 €, compte tenu de l'entrée en vigueur tardive de l'avenant 9, l'avenant 11 -signé le 23 octobre dernier et en cours d'approbation- prévoit de prolonger la mesure transitoire portant la valeur du forfait à 90 € jusqu'à fin 2014.

II – Mesures pour les chirurgiens-dentistes et médecins

Il s'agit de prendre en charge les implants supports de prothèses dentaires amovibles pour les patients atteints d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires. Cette décision fait suite à la proposition contenue dans le plan cancer 2009-2013 (action 5, mesure 25, cf www.plan-cancer.gouv.fr).

Ces mesures concernent :

- la NGAP (applicable par les chirurgiens dentistes), le titre III, chapitre VII : une nouvelle section VI est créée « traitement implanto-prothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires ;
- la CCAM (applicable aux les médecins, essentiellement les stomatologues) : dans différentes subdivisions (listées ci-dessous), les conditions de facturation d'un certain nombre d'actes sont modifiées. Il s'agit d'élargir les indications de prise en charge aux patients atteints de tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires.

Les subdivisions concernées dans la CCAM sont les suivantes :

Code	Texte
07.01.04	Radiographie de l'appareil digestif
11.01.03	Radiographie de la tête
11.01.04	Scanographie de la tête
01.05.01.02	Actes thérapeutiques sur le nerf trijumeau [V] et ses branches
06.02.03.01	Actes thérapeutiques sur le sinus maxillaire
11.02.03.05	Ostéotomie maxillaire
11.02.04.04	Ostéotomie de la mandibule
11.02.05.02	Pose d'implant osseux sur le crâne et la face
11.02.05.03	Dégagement et activation d'implant osseux du crâne et de la face
11.02.05.04	Ablation de matériel osseux sur le crâne et la face

La prise en charge de ces actes est assurée à 100% du tarif de responsabilité du fait de l'ALD du patient.

A la NGAP, l'article 1 détaille les conditions de prise en charge chez l'adulte :

- Le traitement implanto prothétique concerne la pose de 4 implants maximum au maxillaire et 2 implants maximum à la mandibule.
- La prise en charge est limitée aux cas où la rétention et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intra-osseux intra-buccaux.
- La prescription nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le chirurgien maxillo-facial, l'oncologue, le radiothérapeute et le stomatologue ou le chirurgien-dentiste.

La NGAP distingue 4 étapes :

préimplantaire (article 2), aménagement du site implantaire (article 3), implantaire (article 4) et prothétique (article 5).

Pour les deux étapes « aménagement du site implantaire » et « implantaire », en cas de recours à l'anesthésie générale, il est précisé, pour l'anesthésiste, qu'il convient d'utiliser le code des actes d'anesthésie de la CCAM.

Concernant les chirurgiens-dentistes, ces nouvelles mesures seront applicables pendant une période transitoire. En effet, la mise en œuvre de la CCAM pour l'activité bucco-dentaire qui a fait l'objet d'un avenant signé le 31 juillet 2013 entre la Confédération Nationale des Syndicats dentaires (CNSD), l'UNCAM et l'UNOCAM est prévue au 1^{er} juin 2014.

III- Mesures diverses

La décision UNCAM du 25 septembre 2013 inclut également différentes mesures dont l'objet principal est la mise en conformité de certaines rédactions avec d'autres textes. Il s'agit, par exemple, de la modification de forme d'une note de subdivision.

Il peut s'agir également de mises à jour, par exemple, des références aux articles de la convention médicale ou encore l'intégration des nouvelles dispositions du code de la santé publique relatives à la réalisation de la visite de conformité des installations des tomographes à émission de positons (TEP).