

Suppression du modulateur C « Réalisation d'une radiographie comparative » au 1er avril 2020

Par décision du 8 janvier 2020 modifiant la décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, **le modulateur C « Réalisation d'une radiographie comparative » est supprimée à partir du 1er avril 2020.**

28 actes CCAM sont concernés par cette suppression :

MAQK003 Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 1 ou 2 incidences

MAQK001 Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 3 ou 4 incidences

MAQK002 Radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule selon 5 incidences ou plus

MBQK001 Radiographie du bras

MFQK002 Radiographie du coude selon 1 ou 2 incidences

MFQK001 Radiographie du coude selon 3 incidences ou plus

MCQK001 Radiographie de l'avant-bras

MGQK003 Radiographie du poignet selon 1 ou 2 incidences

MGQK001 Radiographie du poignet selon 3 incidences ou plus

MGQK002 Bilan radiographique dynamique du poignet pour entorse non dissociative selon 7 incidences spécifiques

MDQK001 Radiographie de la main ou de doigt

MZQK003 Radiographie de 2 segments du membre supérieur

MZQK004 Radiographie de 3 segments du membre supérieur ou plus

NEQK010 Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences

NEQK035 Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 3 incidences

NEQK012 Radiographie de l'articulation coxofémorale selon 4 incidences ou plus

NBQK001 Radiographie de la cuisse

NFQK001 Radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences
NFQK003 Radiographie du genou selon 3 ou 4 incidences
NFQK004 Radiographie du genou selon 5 incidences ou plus
NCQK001 Radiographie de la jambe
NGQK001 Radiographie de la cheville selon 1 à 3 incidences
NGQK002 Radiographie de la cheville selon 4 incidences ou plus
NDQK001 Radiographie unilatérale du pied selon 1 à 3 incidences
NDQK003 Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus
NDQK004 Radiographie du pied selon 4 incidences ou plus, pour étude podométrique
NZQK005 Radiographie de 2 segments du membre inférieur
NZQK006 Radiographie de 3 segments du membre inférieur ou plus

Recueil des spécialités pharmaceutiques délivrées en rétrocession au 1er janvier 2020 dans les RSF-ACE H

Depuis le 1er mars 2019, il est possible et recommandé de transmettre les codes indications des médicaments délivrés en rétrocession (ATU et post-ATU) en consultations externes via la variable « Indication » des RSF-ACE H de l'établissement de santé auquel appartient la PUI ayant réalisé la dispensation.

Ce recueil devient obligatoire à compter du 1er janvier 2020.

Par ailleurs, pour permettre la transmission de l'indication à la PUI réalisant la dispensation, le prescripteur **pourra compléter la fiche décrite dans cette circulaire et la joindre à l'ordonnance du patient** (mais une organisation alternative est possible).

Source : Décret n° 2019-410 du 3 mai 2019 portant application de l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale en matière de prise en charge d'une

spécialité au titre des articles L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale

4 nouvelles majorations (MPC, MCC, MSF, MOP) aux consultations externes à partir du 1er juillet 2019

Un arrêté du 28 juin 2019 ouvre la possibilité aux établissements de coder 4 nouvelles majorations aux consultations qu'ils réalisent à compter du 1er juillet 2019 :

- **La majoration du médecin spécialiste (MPC)** de 2€ pour les spécialistes hors psychiatres et neuropsychiatres et 2,70€ pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues.

Cette majoration peut être facturée pour toute consultation d'un médecin spécialiste (hors spécialiste de médecine générale).

Elle est cumulable avec la CS, la TC et, le cas échéant, avec la majoration du parcours de soins coordonné MCS.

- **La majoration du parcours de soins coordonné du médecin cardiologue (MCC)** de 3,27€, les majorations du parcours de soins coordonné du médecin généraliste (MCG) et du spécialiste (MCS) étant déjà ouvertes en établissements de santé.

Elle est cumulable uniquement avec la consultation spécifique du cardiologue CSC1.

- **La majoration de la sage-femme (MSF)** de 2€.

Cette majoration peut être codée pour toute consultation d'une sage-femme auprès d'une patiente.

Elle est cumulable uniquement avec la C.

■ **La majoration personnes âgées (code facturation MOP)** de 5€ : cette majoration peut être facturée pour toute prise en charge de patients âgés de plus de 80 ans.

Elle est cumulable avec les lettres-clé suivantes : G, GS, C, CS, APC, APU, APY, CDE, CNPSY, CSC, CCX, TCG, TC et le cas échéant les majorations de ces consultations.

Pour les médecins salariés des cliniques privées, cette majoration est également cumulable avec les lettres-clés U03, U45, honoraires de surveillance

A titre transitoire, du 1er juillet 2019 au 29 février 2020, le code majoration n'étant pas encore créé dans les systèmes d'information, la valorisation de la majoration MOP sera réalisée de façon automatique par l'ATIH : les établissements coderont leurs consultations dans le RSFACE et, de façon mensuelle, l'ATIH s'appuiera sur ces données pour valoriser la majoration MOP. Cette valorisation sera intégrée à la ligne « ACE » figurant sur l'arrêté de versement et fera l'objet d'un tableau spécifique OVALIDE.

Au 1er mars 2020, le code de la majoration MOP sera créé et disponible dans les systèmes d'information.

Cette majoration sera codée de la même façon que les autres majorations déjà ouvertes en établissements de santé, c'est-à-dire au fil de l'eau et en association avec la consultation à laquelle elle se rapporte.

Sources : Notice majorations ACE (Ministère de la Santé) – Arrêté du 28 juin 2019 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés

Facturation directe à l'Assurance Maladie des PIA

ACE à partir de 2019

A partir de 2019, les modalités de facturation des PIA (= Prestations Inter Activités) « externes » (= actes et consultations externes) sont alignées sur celles des PIA « séjours » en vigueur depuis 2016.

Les prises en charges externes réalisées par des établissements MCO pour des patients hospitalisés en SSR ou en psychiatrie seront désormais facturables directement à l'assurance maladie par l'établissement MCO prestataire et ne feront plus l'objet d'une refacturation entre établissements.

Sources : Arrêté du 16 avril 2019 modifiant l'arrêté du 5 mai 2017 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code (article 4)
– notice technique ATIH n° CIM-MF-205-3-2019

Copyright © Lespmsi.com – 

Version 57.00 de la CCAM tarifante – Nouveautés

Rappel : la CCAM dite tarifante est la CCAM « historique » maintenue par l'Assurance Maladie. C'est la CCAM utilisée pour le codage des actes CCCAM en ACE et les honoraires dans les cliniques privées.

Les évolutions de la CCAM tarifante qui inéressent le PMSI sont intégrées quelques temps après dans la CCAM à usage PMSI.

La CCAM V57.00 est mise en oeuvre au 11 mai 2019.

Principales évolutions :

- Création de 3 actes

BFGA427

Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, sans implantation de dispositif de drainage trabéculaire

Subdivision : 02.04.04.01 – Extraction du cristallin

Code regroupement : ADC en activité 1

Tarif au 11 mai 2019 : 271,70 €

Disponible en anesthésie (activité 4)

BFGA368

Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil, avec implantation de dispositif de drainage trabéculaire ab interno

Subdivision : 02.04.04.01 – Extraction du cristallin

Code regroupement : ADC en activité 1

Tarif au 11 mai 2019 : 252,96 €

HENE494

Destruction localisée de la muqueuse de l'œsophage par radiofréquence, par œso-gastroduodénoscopie

Subdivision : 07.03.01.03 – Autres actes thérapeutiques sur l'œsophage, par endoscopie

Code regroupement : ATM en activité 1

Tarif au 11 mai 2019 : 210,30 €

Disponible en anesthésie (activité 4)

■ Suppression de l'acte BFGA004 Extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil

Cet acte est remplacé par le nouvel acte BFGA427

Voir la note d'évolution (lien en Source) pour les autres évolutions : ajout de notes, nouvelles associations

Sources : CCAM V57.00 au format Excel, en PDF, au format NX – Note d'évolution de la CCAM V57