

Question numéro 1

Vous voyez pour la première fois un patient à la demande de son médecin traitant avec une lettre détaillée de ce dernier. Vous lui prescrivez un traitement et le revoyez dix jours plus tard pour ajustement thérapeutique éventuel.

Facturez-vous un C2 ?

Non : On ne doit coter de C2 et revoir le patient qu'en cas d'avis diagnostique ayant nécessité des examens complémentaires.

Question numéro 2

Vous voyez un patient en consultation le 1er septembre qui vous est adressé par son médecin traitant. Vous demandez plusieurs examens que vous ne réalisez pas vous-même. Vous programmez d'emblée une seconde consultation afin d'envisager les différentes options de prise en charge selon le résultat des examens.

La première consultation peut-elle être cotée C2?

Oui : cf supra

Question numéro 3

Vous voyez un patient en consultation le 1er septembre qui vous est adressé par son médecin traitant. Vous allez réaliser dans un second temps un examen technique complémentaire. Vous prévoyez quand même une consultation de synthèse car vous n'aurez pas les résultats des examens biologiques que vous avez également demandés.

La première consultation peut-elle être cotée C2?

Non : On ne peut coter de consultation de synthèse après un examen complémentaire que l'on réalise soit même

Question numéro 4

Un patient vous est adressé le 1^{er} septembre pour douleur du poignet par son médecin traitant. L'examen est rassurant. Vous ne prévoyez pas de revoir le patient. Vous cotez C2. Le 15 septembre, le malade vous est ré-adressé par son médecin pour le même problème.

La consultation du 15 septembre peut-elle être cotée C2?

Non : on ne peut coter 2 C2 en moins de 4 mois pour le même problème

Question numéro 5

Un de vos correspondants vous adresse un patient pour avis, le patient étant en déplacement dans la région et dont il n'est pas le médecin traitant. Le patient a déclaré son médecin traitant.

Pouvez-vous facturer un C2 ?

Oui : le médecin traitant local est considéré comme médecin traitant de substitution

Question numéro 6

Un malade que vous voyez pour la 1^{ère} fois vous consulte sur les conseils de son médecin traitant. Celui-ci ne vous a pas fait de lettre.

Pouvez-vous facturer un C2 ?

Oui : l'adressage oral est admis. Il faut en revanche faire un courrier de retour au médecin traitant.

Question numéro 7

Vous voyez un patient à la demande du médecin traitant. Vous facturez un C2. Avant de partir, le patient vous demande si vous pouvez lui faire la première ordonnance car son médecin est absent pour une semaine.

Cela remet-il en cause le C2 ?

Non : On peut initier un traitement, pas le prescrire pour une durée prolongée

Question numéro 8

Vous recevez un patient à la demande du remplaçant de votre correspondant habituel.

Cela remet-il en cause la facturation d'un C2 ?

Modalités de réponse : oui ou non

Non : le remplaçant est considéré comme son Médecin traitant

Question numéro 9

Votre correspondant vous adresse un patient de moins de 16 ans pour avis sur ses douleurs rachidiennes. La convention ne prévoit pas la déclaration d'un médecin traitant par ce type de patient.

Pouvez-vous quand même facturer un C2 ?

Oui : le patient de moins de 16 ans adressé pour avis avec retour de courrier quel que soit le médecin qui adresse Peut faire l'objet d'une cotation en C2

Question numéro 10

Un médecin traitant vous adresse une patiente ménopausée ayant fait une fracture du poignet pour avis. Vous réalisez une ostéodensitométrie.

Pouvez-vous associer un C2 avec l'acte d'ostéodensitométrie ?

Oui. Pour le rhumatologue c'est le seul acte technique dans ce cas

Question numéro 11

Un médecin traitant vous adresse un patient pour poussée d'hydarthrose du genou droit. Vous réalisez un bilan ostéo-articulaire complet des deux membres inférieurs et une infiltration du genou droit.

Vous pouvez facturer chacun de ces actes à taux plein ?

Non : Il faut coter le bilan osteo articulaire à 50% Cad nzlb001+K8/2

Question numéro 12

Même situation que dans le cas numéro 11. Vous prescrivez également une prise en charge en rééducation.

Pouvez-vous facturer le bilan ostéo-articulaire réalisé ?

Non : le bilan osteo articulaire ne peut être coté si l'on prescrit de la rééducation.

Question numéro 13

Vous voyez l'un de vos patients que vous suivez pour une spondylo-arthrite périphérique en poussée avec notamment une synovite des deux genoux. Vous infiltrerez les deux genoux.

Vous codez deux fois l'acte d'infiltration du genou sans guidage à taux plein ?

Non le deuxième est toujours à 50% sauf si le premier est un EMG ou une radio (et le deuxième n'est pas une radio dans ce 2^e cas)

Question numéro 14

Vous voyez en consultation un patient adressé pour suspicion d'un syndrome du canal carpien droit. Vous réalisez un électromyogramme et une infiltration du canal carpien droit.

L'acte le plus cher est facturé à 100% (code d'association « 1 ») et le second à 50% (code d'association « 2 ») ?

Non l'EMG est une exception : On cote les 2 à 100% (code association 4/4)

Question numéro 15

Vous voyez une patiente de 65 ans pour des rachialgies mécaniques et une poussée d'hydarthrose du genou gauche. Comme elle est vient de faire une fracture du poignet suite à une chute de sa hauteur et qu'elle n'est pas très autonome, vous décidez de lui faire des radiographies du rachis, une ostéodensitométrie et de lui infiltrer le genou gauche.

Vous pouvez coder les trois actes réalisés ?

Non : on ne peut coter que 2 actes techniques en dehors du cas des radios entre elles avec d'autres actes techniques (là on à 3 actes techniques)

Question numéro 16

Vous voyez un patient connu pour un rhumatisme inflammatoire et vous décidez de réaliser une infiltration de l'épaule droite sous échographie en raison de la présence d'une synovite. Vous avez trouvé dans la CCAM l'acte ZZLJ002 relatif à l'injection d'agent pharmacologique dans un organe superficiel, par voie transcutanée avec guidage échographique.

Après avoir vérifié que l'organe superficiel correspond à la définition d'une articulation et l'acte décrit correspondant à ce que vous avez fait, vous codez l'acte ZZLJ002 seul.

Non : un acte « avec guidage » radiographique ou échographique doit toujours Être associé à l'acte de guidage (yyyy....) qui correspond

Question numéro 17

Certains actes de la CCAM sont décrits avec des modificateurs. ***Un modificateur est une information associée à un acte précisant un critère particulier pour sa réalisation ou pour sa valorisation.***

Oui cf définition

Question numéro 18

Depuis le 1^{er} janvier 2015, les modificateurs de convergence, mis en place depuis le 1^{er} juillet 2013 et ayant permis une revalorisation tarifaire, disparaissent. Il existe depuis cette date une double grille tarifaire.

Les actes ayant atteints leur tarif cible peuvent être uniquement appliqués par les médecins en secteur à honoraires opposables ou ayant souscrit au contrat d'accès aux soins.

Vrai : Pour les médecins secteur 2

Le tarif en vigueur, base du remboursement reste celui avant les codes modificateurs. Leur patients sont donc moins bien remboursés

Question numéro 19

Vous avez vu un patient en consultation il y a 6 mois pour une poussée d'hydarthrose des genoux. Vous avez réalisé une infiltration bilatérale de genoux et facturé en CCAM.

Vous adressez à son médecin traitant le compte-rendu des actes réalisés.

Vrai : tout acte coté en CCAM doit faire l'objet d'un compte rendu

Question numéro 20

Vous venez de voir un patient compliqué en consultation pour lequel vous allez facturer un C2. Lorsque vous lui annoncez le tarif de la consultation, car vous exercez en secteur à honoraires libres, il vous fait part de son mécontentement.

Vous êtes à l'aise car vous avez affiché dans votre salle d'attente une note mentionnant votre nom, votre secteur d'installation, les honoraires pratiqués, ainsi que la base de remboursement des actes les plus fréquemment réalisés.

Vrai : le tarif doit obligatoirement être affiché en salle d'attente pour les actes les plus fréquemment pratiqués.