

# Exercices sur la cotation d'actes en dermatologie

## Francois Schenck

Cabinet libéral, Saintes  
s0307.schenck@orange.fr

### Cas clinique 1

Vous réalisez l'ablation en fuseau d'une tumeur cutanée (type carcinome baso-cellulaire [CBC] de 12 mm diamètre) du dos.

Quelle cotation allez-vous appliquer ?

- 1 QZFA 036+FSD
- 2 CS + QZHA001 / 2
- 3 QZFA 004 + FSD

Réponse = 3 (QZFA004 + FSD)

L'ablation d'un CBC nodulaire nécessite de respecter les marges en peau saine d'au moins 4 mm.

Ainsi, la largeur du fuseau sera donc de 20 mm (12 mm + 4 mm + 4 mm), soit L.

La longueur sera environ trois fois la largeur, soit 60 mm, soit l.

La surface du losange sera calculée selon la formule ( $L \times l$ ) : 2

Ainsi, la surface calculée sera  $6 \text{ cm}^2$  ( $2 \times 6/2$ )

Par conséquent, la cotation est QZFA 004.

Le FSD s'applique pour toute ablation effectuée au cabinet du praticien.

La facturation en secteur 1 sera :

- QZFA004 = 53,18 €
- FSD = 40 €
- Soit au total = 93,18 €

Commentaires : CS+QZHA001/2 = cotation pour une biopsie cutanée.

QZFA036+FSD s'applique pour une ablation d'une zone unique de moins de  $5 \text{ cm}^2$ .

### Cas clinique 2

Cette patiente, venue hors parcours de soins, est prévue pour ablation d'un petit nodule douloureux de l'oreille sous anesthésie locale.

Lors de l'installation sur la table, elle vous demande en plus l'ablation d'une dizaine de molluscum axillaires... que vous effectuez à l'anse diathermique par shaving du pédicule après micro-anesthésie puis un petit point d'électrocoagulation.

Quelle cotation allez-vous appliquer ?

- 1 CS + CAHA002
- 2 CAFA002
- 3 QZFA021+ CAFA002 +DA
- 4 CAFA002+QZFA021/2 +DA

Réponse 4

CAFA002+QZFA021/2 +DA

Le tarif sera en secteur 1 :

- CAFA002 = 44,70 €
- + QZFA001/2 = 34,89/2, soit 17,45 €
- Sous-total = 62,15 €
- Majoration DA de 17,5 % : 10,87€
- Total = 73,02 €

Commentaires

Hors parcours de soins, vous pouvez appliquer un dépassement autorisé (DA) (majoration de 17,5 % sur les actes)

CAFA002 étant un tarif plus élevé que QZFA021, il doit être facturé en premier.

QZFA021 sera tarifé pour moitié.

### Cas clinique 3

Vous effectuez l'ablation dans le même temps d'un kyste sébacé médio-dorsal de 12 mm et un carcinome basocellulaire nodulaire de 4 mm latéro-cervical.

Quelle cotation allez-vous appliquer ?

- 1 QZFA 031
- 2 QZFA036+FSD
- 3 QZFA036 + QZNP004 /2
- 4 QZFA002 + QZFA036 \*75%+FSD

La réponse est 4.

Le tarif de QZFA002 + QZFA036\*75% + FSD sera 54,11 + 21,6 + 40, soit 115,71 €

QZFA002 = ablation d'une lésion sous-cutanée sus-faciale de moins de 3 cm de grand axe

QZFA036 = exérèse d'une lésion superficielle par excision d'une zone unique de moins de 5 cm<sup>2</sup>.

Vous appliquez le coefficient de 75 % sur le QZFA036 car il ne se situe pas dans la même zone anatomique (CODE 3).

Ce code 3 stipule que le deuxième acte peut être tarifé à 75 % lors d'association d'actes si les deux situations 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
- ET
- les deux actes doivent porter sur deux sites de localisation différents, soit :
  - deux membres différents ;
  - un membre et l'extrémité céphalique ;
  - ou le tronc et l'extrémité céphalique ;
  - ou le tronc et le membre.

Dans le cas présent, le FSD est applicable à l'un comme à l'autre.

Rappel concernant les codes associations :

- CODE 1 : l'acte est tarifé à 100 %
- CODE 2 : l'acte est tarifé à 50 %
- CODE 3 : l'acte est tarifé à 75 %

#### Cas clinique 4

Sur une onychopathie multiple pour laquelle vous suspectez un psoriasis ou une dermatophytie, vous effectuez une biopsie superficielle de la table unguéale.

Quelle cotation allez-vous appliquer ?

- 1 CS + QZHA 001 /2
- 2 CS+QZHA003/2
- 3 QZHA003

Réponse QZHA003 = 43,43 €

Il n'est pas possible de cumuler CS + QZHA003

QZHA001 s'applique à une biopsie cutanée superficielle et peut être associée à un CS.

#### Cas clinique 5

Un patient âgé de 87 ans, présentant une tumeur de 12 mm de la portion supérieure de l'hélix auriculaire, à base infiltrée, sensible, croûteuse.

Il vous est adressé par son médecin traitant pour prise en charge.

Vous décidez d'effectuer une biopsie de la tumeur et du cartilage sous-jacent pour confirmation diagnostique et guidage du geste chirurgical ultérieur, qui sera programmé dans les meilleurs délais à votre cabinet.

Quelle cotation allez-vous appliquer ?

- 1 CS + CAHA002/2
- 2 APC+CAHA002/2
- 3 CAHA002

Réponse 1 : CS+ CAHA 002/2

Le tarif sera en secteur 1 : 31,5 + 32,04 /2, soit 47,52 €.

APC ne s'applique pas puisque vous allez le revoir bientôt pour résultat anapathologique et une prise en charge chirurgicale dans un deuxième temps.

Vous revoyez ce patient après réception du résultat anapathologique. Il s'agit d'un carcinome épidermoïde avec infiltration superficielle du cartilage.

Vous prenez le temps de lui expliquer le diagnostic et la technique chirurgicale que vous allez proposer et répondre aux questions de sa fille qui l'accompagne.

Quelle cotation allez-vous appliquer ?

- 1 CS
- 2 CS+ MIS

Réponse 2.

Vous pouvez tarifier CS + MIS puisqu'il s'agit d'une consultation d'annonce du diagnostic, en l'occurrence d'un cancer cutané, au cours

de laquelle vous expliquez la technique chirurgicale, les suites éventuelles, la nécessité d'une surveillance, puis rédaction du dossier et envoi d'une correspondance au médecin traitant.

Le tarif de CC + MIS en secteur 1 sera  $31,5 + 30 = 61,5$  €

Première partie : dispositions générales NGAP

Version en vigueur du 1<sup>er</sup> novembre 2023.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance maladie est MTX.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé MTX.

– Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave, d'une pathologie neurodégénérative ou d'un trouble du neurodéveloppement.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, 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. Par pathologie grave, on entend : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative ;  
– un trouble du neurodéveloppement selon la

définition dans les recommandations de la Haute Autorité de santé.

À l'issue de la consultation, les orientations thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Le cas échéant, si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MIS.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille de soins (électronique ou papier) à l'Assurance maladie est MTX.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, via le code prestation agrégé MTX.

Auriez-vous appliqué ce tarif pour un simple carcinome baso-cellulaire latéro-cervical ?

Non bien sûr....

De même, si vous optez pour le renvoi de ce patient auprès d'un chirurgien spécialisé, en vous limitant à l'annonce et interprétation de l'anapathologie, vous ne coterez pas le MIS.

**Liens d'intérêt :** L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article.