

Les actes cliniques et majorations en spécialités

Les actes cliniques de base (sauf cas particulier des pédiatres) tous secteurs

- **CS** : consultation au cabinet : **23€**
- **CNPSY (VNPSY)** : consultation au cabinet par le neuropsychiatre, psychiatre ou neurologue : **39€**
- **CNPSY 1,5** : consultation au cabinet par un psychiatre dans les 2 jours sur demande MT : **58,50€**
- **CsC** : consultation spécifique au cabinet du cardiologue : **47,73€**
- **CDE** : consultation de dépistage du mélanome du dermatologue (une fois par an) : **46€**
- **APC** (ex C2) APV Avis Ponctuel de Consultant : **50€**
- **APY** (ex C2, 5) en Neuro et psy : **62,50€**
- **APU** (ex C3) des professeurs d'université : **69€**
- Plus accessoirement la **VS (23€)**, **VNPSY (39€)** avec les **ID, IK**
- Persistance de certains actes en **K** non intégrés à la CCAM, souvent communs avec les auxiliaires médicaux
- Honoraire de surveillance en clinique médicale : **C*0,8 : 1^{er} au 20^{ème} jour, C*0,4 : 21 au 60^{ème} jour, C*0,2 au-delà ; C*1 pour neuropsychiatre et psychiatre en maisons de santé pour maladies mentales.**

Les majorations MPC, MCS, (MCC sur CsC cardiologues) secteur 1, OPTAM, secteur 2 si CMU C, ACS ou tarifs opposables.

Elles s'ajoutent aux actes de consultation (sauf acte de Consultant). MCS = retour information M traitant, ou à tout autre médecin si patient < à 16 ans sans médecin traitant ou en déplacement.

- **La MPC ***, Majoration du médecin spécialiste pour la **Consultation** : Cs + MPC = 25€
MPC = 2€ pour la Cs - 2,7€ pour la CNPSY
Ne peut être associée à un DE, possibilité de DA.
- **La MCS ***, Majoration de Coordination Spécialiste pour la **Consultation**
5€ : Cs + MPC (2€) + MCS = 30€ ou CNPSY + MPC (2,70€) + MCS = 46,70€
Est réglée par la Caisse si CMU n'ayant pas déclaré de MT- ne peut être associée à un DA.
- **La MCC *** 3,27€ pour uniquement la CsC des Cardiologues CSC + MCC = 51€
- Pour les < à 16 ans, on utilise Cs+ MPC + MCS. Pour les < à 16 ans, le médecin peut coter la MCS en l'absence de médecin traitant, mais si un médecin traitant est déclaré, un retour d'information est à réaliser.

* Ces majorations sont utilisables par les médecins secteur 2, lorsqu'ils pratiquent des tarifs opposables.

Les majorations spécifiques (hors pédiatre)

Elles s'ajoutent aux actes de consultation (et aux majorations MPC et MCS)

- **MCE** : 16€ majoration pour certaines consultations par spécialiste en **endocrinologie et médecine interne** tous secteurs : Cs + MPC + MCS + MCE
- **MTA** : 23€ majoration pour prescription d'appareillage par spécialiste en **médecine physique et réadaptation** tous secteurs : CS + MPC + MCS + MTA, parcours de soins, ne peut être associé au DA
- **MPF** : 20€ majoration pour consultation familiale sur enfant < à 16 ans par **psychiatre** tous secteurs : CNPSY + MPC + MCS + MPF
- **MAF** : 20€ majoration pour consultation annuelle de synthèse sur enfant < à 16 ans par **psychiatre ou pédopsychiatre** tous secteurs CNPSY + MPC + MCS + MAF
- **MSH** : 23€ majoration pour 1 seule consultation dans les 30 jours de sortie d'hospitalisation d'un service de psychiatrie par **psychiatre** correspondant (ou MG) secteur 1 OPTAM (si complémentaire santé solidaire en secteur 2) : CNPSY + MPC + MCS + MSH tarif opposable
- **MIC** : 23€ majoration pour 1 seule consultation dans les 60 jours de sortie d'hospitalisation pour décompensation insuffisance cardiaque par **cardiologue** correspondant (ou MG) secteur 1 OPTAM (si complémentaire santé solidaire en secteur 2) : CS + MPC + MCS + MIC tarif opposable

Les majorations d'urgence sur les actes cliniques

- **Dimanche, Jours Fériés (extension samedi AM pour la Visite justifiée) : F 19,06€**
- **Nuit (appel entre 19H et 7H) Pédiatres :**
 - * 20-24H et 06 – 08h : **MN 35€**
 - * 24- 06H (nuit profonde) : **MM 40€**
- **Nuit (appel entre 19H et 7H) Autres spécialités : MN 25,15€**

- **MCU 15€ majoration correspondant urgence, vu dans les 48H à la demande du médecin traitant, tous secteurs si tarifs opposables, sauf PSY (CNPSY 1,5 dans les 48 heures), sur acte CLINIQUE, peut s'appliquer à l'APC ex C2, ainsi qu'aux consultations majorations complexes et très complexes (sauf COE et CCP), pas en hospitalisation. Ne pas cocher la case URGENCE en feuille de soins papier, et en cas de FSE ne pas ajouter MTU situation d'urgence. Le médecin traitant cote une majoration de 5€ (MUT).**

Le cumul possible acte clinique et acte CCAM, certains actes :

- L'**ECG** DEQP003 à 100% = **Cs + MPC+MCS +DEQP003** (possible avec Vs)
- **La radio pulmonaire** à 100% pour les Pneumologues
 - = **Cs + MPC + MCS + ZBQK002**
- L'**ostéodensitométrie** à 100% pour les Rhumatologues et Réadaptateurs
 - = **Cs + MPC + MCS + PAQK007**
- Cumul à 100% en établissement de soins de la **Consultation** du médecin qui examine pour la première fois un patient avec **Intervention en urgence** qui lui fait suite
- Le **prélèvement cervico vaginal pour frottis à 100%** avec la Consultation
 - JKHD001 = **Cs + MPC + MCS + JKHD001** (tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, après 2 frottis annuels normaux)
- **La biopsie cutanée** (QZHA001, QZHA005, BAHA001, CAHA001, CAHA002, GAHA001, HAHA002, QEHA001, JHHA001, JMHA001) à **50%**. Exemple : QZHA001 à 50% = **Cs + MPC + MCS+ QZHA001** (tarif QZHA001/2)
- **Les échographies de grossesse** à 100% **JQQM 010, 015, 16, 17, 18, 19**

Consultations et Majorations complexes (les lettres clés et majorations sont à inscrire dans le dossier, mais le code de transmission à l'assurance maladie est différent (CCX ou MCX) sauf pour CCP et COE (ex obligatoires enfant pédiatre MG), pas sur patient hospitalisé (sauf COE en néonatalogie).

Lettres clé spécifique de consultation complexe 46€ (tarif opposable) :

GYNECOLOGUE – GYNECO OBSTETRICIEN - PEDIATRE - généraliste CCP : 46€ non cumul MPC MCS

Consultation complexe de Contraception et de Prévention : 1^{ère} consultation, J F mineure, tous secteurs, tarif opposable, une seule CCP par patiente, inscription dans le dossier, à 100% A Maladie, droit à NIR anonyme. **DAF**

PEDIATRE CSM Consultation (Visite) complexe entre **Sortie Maternité** et 28^{ème} jour : 46€, non cumul avec MPC MCS tous secteurs si réalisés à tarif opposable, code CSM à inscrire dossier, CCX pour transmission.

PEDIATRE – généraliste COE Consultation complexe **Obligatoire de l'Enfant** donnant lieu à certificat : **46€**, tous secteurs si réalisés à tarif opposable, pas de code spécifique en transmission.

8 jours suivant naissance, du jour des **8 mois** jusqu'à la veille du jour des **10 mois** incluse, du jour des **23 mois** jusqu'à la veille du jour des **25 mois** incluse. Prise en charge à 100% (**Assurance Maternité pour celle des 8 jours sauf si AME ; enfant non inscrit sur Vitale pour 1^{er} examen, en unité de néonatalogie, A maladie pour les 2 autres**).

MEDECIN TRAITANT de l'ENFANT CSO médecin traitant si désigné, ou en l'absence de MT désigné tout médecin consulté, Consultation complexe **Suivi Obésité** : 46€. Enfant de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité (sur la base du suivi de la courbe de corpulence), avec la famille, pas de dépassement, pas plus de **2 CSO/an**. Inscription dans le dossier, code de transmission CCX respect anonymat, tous secteurs si respect tarif opposable.

Depuis le 10 février 2019, **Pédiatre, Psychiatre, MG : CSE** Consultation annuelle de Suivi, coordination, prise en charge Enfant autiste, code de transmission CCX, *tous secteurs si respect tarif opposable.*

Codes Majorations sur consultations complexes : 16€, secteur 1 OPTAM ET OPTAM-CO retour au MT; Cs + MPC +MCS + majo. Code de transmission MCX.

ENDOCRINO - GYNECO + PEG majoration Pathologie Endocrinienne de Grossesse, Diabète, hyperthyroïdie, ... maximum 4 Consultations par grossesse. *Secteur 1 et OPTAM*

ENDOCRINO - PEDIATRE +TCA première consultation pour Trouble du Comportement Alimentaire Endocrino Anorexie, obésité morbide Pédiatre Anorexie. *Secteur 1 et OPTAM*

GYNECO - GYNECO-OBST + MPS Majoration Prise en charge Stérilité d'un couple, 1 seule Consultation par couple lors de la prise en charge. *Secteur 1 et OPTAM – OPTAM CO*

GYNECO - GYNECO-OBST – VASCULAIRE - CARDIOLOGUE + PTG 1^{ère} consultation Thrombophilie Grave héréditaire ou en cours d'une même grossesse, non facturable sur patient hospitalisé, 1 seule consultation, par praticien et par patient. *Secteur 1 et OPTAM – OPTAM CO*

NEUROLOGUE - MEDECINE PHYSIQUE + SLA Séquelles Lourdes AVC 4 Cs maximum/an/ par patient. *Secteur 1 et OPTAM*

MEDECINE PHYSIQUE – NEUROLOGUE - NEURO-PEDIATRE + MCT : Majoration patients Cérébrolésés (Traumatisme crânien) ou Traumatisé médullaire. 4 Consultations maximum par patient/an

NEUROLOGUE - NEURO-PEDIATRE + PPN : Prise en charge patient atteint de Pathologies Neuro. Neurologue : sclérose en plaques, maladie de Parkinson ou épilepsie instable, *Elargissement prévu par l'avenant 6 à affections neuro dégénératives*, en cas d'épisode aigu ou de complication. Neuropédiatre : épilepsie instable. 1 Consultation/an éventuellement une 2^{ème} si épisode aigu ou complication.

OPHTALMO + POG : Pathologie Oculaire Grave prise en charge enfant atteint d'une pathologie oculaire grave ou d'une déficience neurovisuelle dans le cadre d'une pathologie générale. 1 Consultation par patient.

PEDIATRE : + MSP Majoration Suivi annuel Prématuré (plus de 32 SA + 6 j à 36 SA + 6 j) enfant < 7ans second recours.

PNEUMO, PNEUMO-PEDIATRE + MCA : Majoration Consultation Asthme déstabilisé 1 Consultation/an, éventuellement une 2^{ème} en cas de décompensation

PNEUMO + MPT : Majoration de Prise en charge de la Tuberculose, 1 consultation par patient

PNEUMO + MMF : Majoration prise en charge Mycose ou Fibrose pulmonaire, 1 consultation par patient

RHUMATO + PPR : Prise en charge Polyarthrite Rhumatoïde sévère lors d'un épisode aigu ou aggravation.

RHUMATO - MEDECINE PHYSIQUE - CHIR + SGE : Scoliose Grave Evolutive de l'enfant, 1 Cs par patient et non par médecin

Consultations et Majorations très complexes (les majorations sont à inscrire dans le dossier, mais le code de transmission à l'assurance maladie est différent (MTX), non facturable sur patient hospitalisé.

Lettres clé spécifique de consultation très complexe : 60€ non cumul MPC MCS majos pédiatriques, tarif opposable :

PEDIATRE CGP, Consultation très complexe : 60€

Consultation **Grand Prématuré**, (avant 32 SA + 6 jours) ou maladie congénitale grave, jusqu'à 7 ans, au **maximum 2/an, par patient, secteur 1 ou OPTAM, tous secteurs si respect tarif opposable, code de transmission CCE.**

PEDIATRE EPH Consultation très complexe 60€, Enfant **Pathologie Handicap** présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère, au maximum **1 par trimestre par patient, tous secteurs si respect tarif opposable, code de transmission CCE.**

Depuis le 10/02/2019 **PEDIATRE** et **MG : CTE** Consultation très complexe de repérage de **Troubles du spectre autistique de l'Enfant**, une seule fois par patient, *secteur 1 ou OPTAM, tous secteurs si respect tarif opposable, code de transmission CCE.*

Codes Majoration sur consultation très complexe de 30€ 1 seule fois par patient, code de transmission MTX

Toute spécialité + MIS (+ 30€) : Majoration pour information Initiale et mise en place de la Stratégie thérapeutique, en matière de cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou caractère chronique, pathologie neuro dégénérative (médecin traitant ou autre spécialiste avec alors retour au MT). 1 seule fois par patient.

S1 OPTAM - OPTAM CO: Cs + MPC + MCS + MIS = 60€

Toute spécialité + PIV (+ 30€) Prise en charge en cas d'Infection par le VIH pour information initiale et organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le VIH (médecin traitant ou autre spécialiste avec alors retour au MT).1 seule fois par patient.

S1 OPTAM - OPTAM CO: Cs + MPC + MCS + PIV = 60€

DERMATO - Med. INT – RHUMATO : + MAV : Maladie Atteinte Viscérale, information et organisation prise en charge patient avec une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou une vascularite systémique déjà diagnostiquée. *S1 OPTAM. 1 seule fois par patient.*

DERMATO - RHUMATO – Med. INT – GASTRO : + MPB : Majoration Pour traitement par Biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié), *S1 OPTAM* 1 seule fois par patient information et prise en charge pour :

- la polyarthrite rhumatoïde active, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, par un médecin rhumatologue ou un médecin de médecine interne.

- la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique par un médecin gastroentérologue.

Depuis le 10/02/2019 extension de la MPB au DERMATOLOGUE, en cas de psoriasis sévère.

GYNECO - GYNECO-OBSTETRIQUE : + MMM : Majoration Malformation congénitale et Maladie grave du fœtus, diagnostiquée en ante natal, information des parents et organisation de la prise en charge.1 seule fois par patient *S1 OPTAM – OPTAM CO*

CHIRURGIEN PEDIATRIQUE + CPM : Consultation Pédiatrique Malformation, nécessitant une intervention chirurgicale, information des parents et organisation de la prise en charge. 1 seule fois par patient *S1 OPTAM – OPTAM CO*

NEPHROLOGUE + IGR : Insuffisance Greffe Rénale, en vue d'orientation vers une équipe greffe rénale 1seule fois par patient *S1 OPTAM*

Depuis le 10/02/2019 OPHTALMOLOGUE - NEUROLOGUE : MIA Majoration pour la consultation très complexe Initiale pour Anisocorie diplopie avec composante paralytique ou ptosis d'origine oncogène, + 30€, S1, OPTAM

Actes cliniques des pédiatres

- Consultation, Visite, nourrisson, 0 à veille 2 ans NFP tous secteurs :
Cs + MEP* (4€) + NFP (5€) = 32€ (utilisable avec VS+ID), pas de MEP en secteur 2*
- Consultation, Visite, enfant, 2 à veille 6 ans NFE secteur 1 OPTAM :
Cs + MEP* (4€) + NFE* (5€) = 32€ (utilisable avec VS+ID), pas de MEP ni NFE secteur 2*
- Consultation, Visite, enfant 6 à 16 ans inclus, pédiatre = médecin traitant NFE :
Cs + NFE* (5€) = 28€ (utilisable avec VS+ID), pas de NFE* secteur 2
- Consultation, Visite, enfant 6 à 16 ans inclus, pédiatre non médecin traitant MPC MCS
Cs + MPC (2€) + MCS (5€) = 30€ (utilisable avec VS+ID), pas MPC MCS secteur 2*

* ces majorations sont ouvertes aux médecins secteur 2, lorsqu'ils pratiquent des tarifs opposables.

Examens obligatoires (20) de l'enfant par pédiatres nouveaux codes, tiers payant, 100%

	Age de l'enfant	Code	
1.	0 à 8 jours	COE (46€) A maternité	
2.	au cours de la 2ème semaine	CS + MEP + NFP (32€)	pas de MEP (4€) en secteur 2 sauf TO
	si 13 ou 14 jours	COH (32€) A maladie	
3.	avant la fin du 1er mois	COH (32€)	
4.	2ème mois	COH (32€)	
5.	3ème mois	COH (32€)	
6.	4ème mois	COH (32€)	
7.	5ème mois	COH (32€)	
8.	6ème mois	COH (32€)	
9.	8 à 9 mois	COE (46€)	
10.	12ème mois	COH (32€)	
11.	13ème mois	COH (32€)	
12.	16 à 18 mois	COH (32€)	
13.	23 à 24 mois	COE (46€)	
14.	2 ans	COH (32€)	
15.	3 ans	COH (32€)	
16.	4 ans	COH (32€)	
17.	5 ans	COH (32€)	
		pédiatre M traitant	pédiatre non M traitant
18.	8 à 9 ans	COG (28€)	COD (30€)
19.	11 à 13 ans	COG (28€)	COD (30€)
20.	15 à 16 ans inclus	COG (28€)	COD (30€)

Actes Cliniques en déplacement (hors pédiatre)

- Vs (23€), VNPSY (39€)

- En sus Indemnité de déplacement ID : 3,81€ - 5,34€ pour Paris Lyon Marseille

- En sus Indemnités kilométriques IK : 0,61€ plaine, 0,91€ montagne, 4,57€ à pied ou à ski

Si agglomération différente et distance > 2kms plaine (1km montagne)

Avec abattement de 2kms à l'aller et au retour (1 Km montagne)

Remboursement au patient à condition de distance raisonnable (10 kms aller en zone urbaine, 30 kms en zone rurale), sinon remboursement sur la base du praticien le plus proche.

- Rappel pour l'ECG à domicile cumulable à taux plein avec la Vs, il existe un supplément YYYY490 pour ECG réalisé au domicile

Acte Ponctuel de CONSULTANT

Acte Ponctuel de Consultant APC ex C2 : **50€ et APV en visite**

DECONNEXION de la valeur du C, Cs

APY pour psychiatre, neuro psychiatre, neurologue 62,50€ (AVY en visite)

APU (ex C3) professeur d'université 69€

Seule, la MCU (patient vu dans les 48H) peut s'appliquer à l'APC, si tarif opposable.

Possibilité de cumul APC avec les majorations jours fériés avenant 6 de la convention.

Conditions :

- Accessible aux spécialistes qualifiés *tous secteurs*
- Au cabinet, pas sur un patient hospitalisé (sauf anesthésistes en urgence avec possibilité majoration D JF Nuit)
- Demande explicite (non forcément écrite) du **médecin traitant**, ou de son remplaçant ou en cas de déplacement, du médecin qui adresse le patient (copie de la lettre du Consultant avec notion d'adressage à envoyer aussi au médecin déclaré). Par dérogation, pour le stomatologue ou le spé Chir. Orale ou maxillo-faciale, il peut s'agir du chirurgien-dentiste.
- Pas d'APC en cas de rythme de Consultation prévue dans le protocole ALD
- Pour les titulaires de l'AME ou les enfants < à 16 ans n'ayant pas déclaré de médecin traitant, est considéré médecin traitant celui qui adresse le patient.
- **Cumul possible** APC et ECG (DEQP003) à 100%, FROTTIS JKHD001 à 100%, BIOPSIE CUTANEE (10 codes) à 50%. Pour les Pneumos avec la radio de thorax, pour les Rhumatos et MPR avec l'ostéodensitométrie.
- REGLE des 4 mois : ne pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédents et ne pas avoir à le recevoir de nouveau pour une consultation programmée dans les 4 mois suivants, pour la même pathologie.
- MAIS possibilité au décours de cet APC :
 - ou de revoir le patient pour une Consultation de synthèse, si examens complémentaires demandés à un autre professionnel de santé
 - ou de pratiquer les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis de Consultant. Dans ce cas, pas de Consultation de synthèse
- En cas d'événement intercurrent, possibilité de revoir le patient dans les 4 mois, mais pour une consultation non APC

- **Psychiatres et Neuro Psychiatres** : 2 CNPSY possibles après APY

- **Chirurgien** : adressage possible par le spécialiste correspondant du médecin traitant ; l'APC est possible même si c'est le même chirurgien qui opère, ainsi qu'en urgence avec hospitalisation du patient.

- **Anesthésiste** : (art 22 DG NGAP) APC si ASA 3 ou > ; APC si ASA 3 ou > pour **première consultation** de l'anesthésiste pour intervention non programmée d'urgence entraînant l'hospitalisation du patient, **avec alors majos Nuit, D JF.**

- **PU-PH** : l'APU peut être coté, lorsque la demande émane du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant.

APC et nouvelles Consultations complexes et très complexes

A la différence de l'avis de consultant, les nouvelles consultations complexes et très complexes intègrent la prise en charge thérapeutique. Dans les 4 mois, l'APC peut être suivie d'une consultation complexe ou très complexe.

SAUF les consultations suivantes : IGR (greffe rénale), certaines en pédiatrie : MSP (suivi prématuré), CGP (grand prématuré), EPH (enfant handicapé), COE (consultations obligatoires enfant) et CSO (consultation suivi obésité) et CCP (contraception, prévention).

Les actes CCAM La valeur du point de travail médical reste à 0,44€ (depuis 2005)

- **Un code par acte, chaque acte doit faire l'objet d'un compte rendu.**
- **2 actes maximum peuvent être associés** (sauf exceptions et suppléments) : le premier à 100%, le deuxième à 50% (sauf exceptions).
- **4 modificateurs** peuvent au maximum être inscrits.
- Les majorations en CCAM sont appelées **MODIFICATEURS** exemple : **URGENCE sur acte CCAM**

Définition de l'URGENCE en CCAM :

Acte non prévu plus de 8 heures auparavant, **réalisé entre 20 H et 8 H, ainsi que le Dimanche ou Jour Férié**

Pour une affection, ou la suspicion d'une affection

Mettant en jeu de la vie du patient ou l'intégrité de son organisme

Nécessitant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

Ne s'applique qu'à un seul acte, s'il y en a plusieurs.

Précision pour uniquement le modificateur O : réalisé entre 8H et 20H

La possibilité d'utiliser ces modificateurs sur les actes CCAM est indiqué dans la fiche de chaque acte, paragraphe tarification, sur : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

- **Dimanche, J Fériés : F = 19,06€, Pédiatres et Chir, ORL, Stomato, Opht, Gyn-obst, Anest : F = 40€**

- **Nuit 20H à 08H : U = 25,15€, sauf :**

* 20-24H : **Pédiatres : P = 50€**

* 20- 24H : **Chir, ORL, Stomato, Opht, Gyn-obst, Anest : S = 40€**

* 24- 08H : **Tous médecins si acte réalisé sous AG ou A Loco régionale : S = 40€**

* 24- 08H : **Pédiatres et Chir, ORL, Stomato, Opht, Gyn-obst, Anest : S = 80€**

- **Pour les pédiatres**, modificateur M 26,88€, pour soins d'urgence au cabinet (sur liste de 66 actes), jour et nuit, compatible avec modificateur P, S, F.

- **Modificateur O (lettre O) : 80€ Chir, ORL, Stomato, Ophtalmo, Gynéco-obstétrique, Anesthésistes, acte chirurgical urgent de 08H à 20H, sur liste de 1477 actes, délai maxi 6h après admission, en clinique autorisation urgence ou non transférable. Non cumul avec F. Liste étendue (avenant 7).**
- **Autres modifications CCAM issus la convention 2016 (article III-2 DG CCAM)**
Extension des modificateurs J (6,5%, actes de chirurgie *tous secteurs*) et K à 269 actes (retrait de 4 actes de lithotritie), hausse du modificateur K à 20% pour secteur 1 et OPTAM CO, *non utilisable en OPTAM et secteur 2 sauf CMU C, ACS, urgence à tarifs opposable*. En OPTAM, il reste à 11,5% et devient modificateur T.
- Valorisation du modificateur 7 pour présence permanente de l'anesthésiste de 4 à 6%. *Tous secteurs*.
- Anesthésie : Analgésie Post Opératoire loco régionale ou rachidienne sans cathéter modificateur 4 (+6%), avec cathéter modificateur 5 (+ 8%) sur liste d'actes.

DISPOSITIONS GENERALES CCAM

ACTE GLOBAL : il comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps.

Pour les actes chirurgicaux et les interventionnels ayant cette vocation « chirurgicale », il comprend pour le médecin qui réalise l'acte

la période pré (hors la consultation à l'origine de l'acte)

et la période post opératoire (en ce qui concerne les conséquences directes liées à l'acte) pendant une durée de 15 jours.

Ceci concerne :

→ Actes chirurgicaux (en fait avec modificateur J) ou interventionnel à vocation chirurgicale

→ Pour l'anesthésie, ce sont les actes codés en activité 4 ou les complémentaires du chapitre 18

Les actes en Réa, USIC peuvent être cotés en sus, de même en unité de soins continus, mais en cas de **complications ou d'affection intercurrente**.

ACTES ASSOCIES et INCOMPATIBILITES :

L'article I-12 des dispositions générales de la CCAM indique 7 incompatibilités d'association d'actes entre eux dans le même temps, valables quel que soit le nombre d'intervenants.

La plupart sont évidentes comme l'impossibilité de tarifer séparément des actes composant une procédure, un acte incluant un autre acte et ce dernier, un acte comportant la mention « avec ou sans », et ce dernier ...

La règle N°6 précise l'impossibilité d'associer

« **des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site** ».

Mais il est toujours possible d'associer des actes thérapeutique et/ou diagnostic, sur un même site, lorsque les **finalités sont différentes**.

Une aide peut être apportée par le codage alphabétique de l'acte.

Les 2 premières lettres indiquent le site anatomique et l'organe, la 3^{ème} le **type d'action**, la 4^{ème} le **mode d'accès**., en dehors des actes identiques réalisés de façon bilatérale.

A ces incompatibilités s'ajoutent celles contenues dans les **notes de facturation adjointes, qu'il faut consulter**, et le libellé du code (acte global).

Depuis le 9 mai 2019 la CNAM a entrepris de **bloquer certaines associations** (19 actes concernés) dans le système d'informations en amont de la liquidation des prestations. Dès téléchargement de la version 57 de la CCAM sur le poste de travail, la facturation de l'une de ces associations sera bloquée, évitant ainsi les indus. Pour prendre connaissance de la liste des actes concernés par le blocage dans le système d'information :

<http://www.mediam.ext.cnamts.fr/amel/cons/CIRCC/2019/CIR-10-2019.PDF>

ACTES HORS NOMENCLATURE

Ceci concerne les actes réalisés non pris en charge par l'assurance maladie, ou en dehors des conditions de prise en charge.

Cet acte est donc non remboursable et ne fait pas l'objet d'une transmission à l'assurance maladie. Le patient doit être informé de son montant (fixé avec tact et mesure) et de l'absence de remboursement par l'assurance maladie, avec remise d'une note d'honoraires. Il peut être effectué après un autre acte normalement tarifé.

OPTAM et OPTAM CO

Engagements du médecin (dans les 2 cas OPTAM et OPTAM CO) :

- Respect taux moyen de dépassement recalculé, au maximum 100%. En cas de revalorisations tarifaires, **adaptation de ce taux** à hauteur de la ½ de la valorisation (exemple augmentation de certains actes de 200€ possibilité de hausse de la ½, soit 100€ sur ces actes).
- Respect % d'actes au tarif opposable, au minimum 30% ;

Les 2 critères sont établis dans le contrat à partir de la pratique 2013-2014-2015, (Taux recalculés).

Avenant n°6 de la convention, « OPTAM de groupe » pour les nouveaux installés, qui peuvent bénéficier du taux moyen de groupe des médecins, à la place du taux régional s'il est moins intéressant.

Durée 1 an, tacite reconduction, résiliable à tout moment par le médecin (préavis 1 mois).

OPTAM :

- Tarifs pour le remboursement du secteur 1, sauf modificateur K chirurgie – obstétrique, qui devient modificateur T (reste à 11,5%),
- Prise en charge par les Caisses, cotisations sociales, sous forme d'un taux moyen selon spécialité, payée en juin année N+1, 100% pour respect strict engagements, dégressif (90%, 70%, 50%, 30%) jusqu'à 0% (si écart > à 5%).

OPTAM CO uniquement chirurgiens, obstétriciens :

- Tarifs pour le remboursement du secteur 1, avec modificateur K chirurgie – obst (augmenté à 20%)
- Pas de prise en charge par les Caisses des cotisations sociales.

Télémédecine

Téléconsultation : Consultation à distance (vidéotransmission sécurisée) entre médecin et patient (connu du médecin), toutes spécialités, tous secteurs, respect parcours de soins. Facturation par le médecin idem que consultation (pas d'APC exception COVID), ni consultations ou majorations complexes ou très complexes (exceptions COVID), codes TCG en médecine générale, TC autres spécialités, Dépassement possible suivant secteur.

Pendant la période de pandémie, pour les patients atteints par le Covid 19, ou susceptibles de l'être, il est possible de facturer en téléconsultation un acte de consultant **APC = 50€** en respectant les règles, et si effectué dans les 48 heures sur demande du médecin traitant ajout de MCU (15€) et certaines consultations (CSO/CSM/CSE) ou majorations complexes (MPS/TCA/MPT/SGE/PTG/MMF/MCA/PPR/PPN/MCT/SLA/MSP/POG/PEG) :

- Le médecin peut recourir à la téléconsultation **sans connaître préalablement le patient** ;
- Ces consultations sont **prises en charge à 100%, jusqu'au 31/12/2021**, tiers payant possible **avec utilisation du code exo div 3 dans la facturation** ; Hors parcours de soins, positionner l'indicateur parcours en U (urgence).
- Les téléconsultations peuvent être réalisées en utilisant n'importe quel moyen technologique actuellement disponible pour réaliser une vidéotransmission : lieu dédié équipé mais aussi site ou application sécurisée via un ordinateur, une tablette ou un smartphone équipés d'une webcam et relié à Internet (exemple : Skype, Whatsapp, Facetime...). **Il n'est pas nécessaire d'être équipé d'une solution de téléconsultation pour pouvoir en faire une.**

Pendant la pandémie, les téléconsultations **par téléphone** sont prises en charge à 100% au même tarif que celles de la vidéo, si les patients ne disposent pas d'une connexion internet haut débit ou d'un terminal permettant une vidéo transmission, dans les 4 cas de figure suivants, remis en route transitoirement en octobre 2020 :

- Patients atteints de COVID 19 ou ayant les symptômes ;
- Patients en affection de longue durée (ALD) ;
- Patients âgés de 70 ans et plus ;
- Patientes enceintes.

Téléexpertise : expertise à distance (messagerie de santé sécurisée) sollicitée par un médecin requérant et donnée par un médecin requis, hors présence du patient. Déploiement à partir de 2019 (ALD, maladies rares, zones sous denses, détenus, EPHAD), jusque fin 2020. Pas de dépassement. Tiers payant Caisse.

TE1 = 12€, avis sur question circonscrite, maximum de 4 actes par patient/an par médecin

TE2 = 20€, avis sur situation médicale complexe, maximum de 2 actes par patient/an par médecin

Médecin requérant = 5€/ par Télé expertise niveau 1, 10€/ par Télé expertise niveau 2 avec un maximum de 500€/an, pour l'ensemble des télé expertise.

La connaissance patiente est devenue facultative pour TE1, et pour TE2.

Forfait Structure : nouvel indicateur depuis 2019 de 50 points (350€) aide à l'équipement vidéo et 25 points (175€) au titre d'aide à équipement connecté.

Pendant la période COVID les patients présentant les symptômes COVID, ou reconnus COVID, déplaçonnent du nombre de téléexpertises prises en charge.