## Classification Commune des Actes Médicaux

en MEDECINE GENERALE

## La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux )

- 1. Est réservée aux médecins spécialistes autres qu'en médecine générale
- 2. Concerne tous les actes (consultations, visites, techniques)
- 3. Est à utiliser pour la plupart des actes techniques
- 4. Est consacrée aux seuls actes chirurgicaux

# En règle générale (en dehors de quelques exceptions), il est possible d'associer entre eux en CCAM:

- 1. 4 actes CCAM
- 2. 3 actes CCAM
- 3. 2 actes CCAM
- 4. Aucune association d'actes CCAM possible

#### Un modificateur CCAM est:

- 1. Le médecin conseil de la CPAM, qui corrige les codage
- 2. Une lettre ou un chiffre permettant une valorisation de l'acte dans certaines circonstances
- 3. Un code à inscrire sur la feuille de soins permettant d'indiquer le parcours des soins
- 4. Un caractère indiquant à la CPAM que vous avez effectué un dépassement

Vous faites partie de la liste de garde et le SAMU vous adresse un dimanche à votre cabinet un patient pour épistaxis, aque vous traitez par un tamponnement antérieur (GABD002). Vous notez sur la feuille de soins :

- 1 : C+CRD+GABD002 (OI)/2
- 2 : GABD002 (OI)+CRD
- 3: GABD002 (OI) + U
- 4 : GABD002 (O I) + F

Ce même tamponnement, dans les mêmes circonstances, vous le réalisez, cette fois à domicile dans la même agglomération. Vous cotez :

- 1 : V + VRD + GABD002 (OI)/2
- 2 : GABD002 ( O I ) + VRD
- 3 : GABD002 (OI) + MD + F
- 4 : GABDOO2 (OI) + ID + F

## De garde, vous réalisez une suture (QAJA004) un samedi à 14 h au cabinet, vous notez sur la feuille de soins :

1: QAJA004

2: QAJA004 + U

3 : QAJA004 + F

4: QAJA004 + CRD

Vous examinez une patiente trois semaines après une hospitalisation pour insuffisance cardiaque en faisant le point avec les aidants, vous facturez sur la feuille de soins :

$$2:C(Cs)+MIC$$

4 : MIC

Au cours d'une consultation, vous réalisez un frottis vaginal tous les 3 ans, entre 25 et 65 ans. Vous cotez:

```
1: C ( Cs )
2: C ( Cs ) + JKHD001
3: C ( Cs ) + JKHD001/2
4: C ( Cs ) + JKHD001 (9X) / 2
```

#### La MPA (majoration pour personnes âgées)

- 1 : concerne les patients de plus de 75 ans
- 2 : est à inscrire sur la feuille de soins ou la FSE
- 3 : est versée directement par la CMAN le trimestre suivant l'acte
- 4 : est réservée au médecin traitant du patient

# Vous cotez les examens obligatoires des 8 jours suivant la naissance, 9-10ème mois, 24-25ème mois :

- 1. C (V+MD)+MNO
- 2. C (V+MD)+MGE
- 3. C(V+MD)+FPE
- 4. C (V+MD)+MNO+FPE

# La CPAM refuse votre cotation et vous notifié un indu. Vous pouvez contester dans un délai de :

1: Un mois

2: Deux mois

3: Trois mois

4 : Quatre mois

## Cette contestation est à faire auprès :

- 1 : du Directeur de la CPAM
- 2 : de l'Ordre des Médecins
- 3 : de la Commission de recours amiable
- 4 : du Tribunal des affaires de Sécurité Sociale

# CCAM Principes et organisation Travail médical Coût de la pratique

#### Les 2 nomenclatures,

- La CCAM concerne les actes techniques de tous les médecins spécialistes
  - en médecine générale
  - dans les autres spécialités
- La NGAP reste applicable pour notamment les actes cliniques :
  - 1. Les consultations et visites, les actes de chimiothérapie, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, la pratique thermale.
  - 2. Les actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux
  - 3. Les actes dentaires en cours de passage CCAM (libellé = transcodage)
  - 4. Les actes des sages-femmes, les actes des auxiliaires médicaux

#### **CCAM Codage, Lire, Outils**



#### **CCAM**: les Modificateurs

- Un modificateur est une information qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte et/ou sa valorisation.
- le praticien pourra coder jusqu'à 4 modificateurs parmi la liste des modificateurs compatibles avec l'acte.
- à chaque code modificateur correspond une majoration du tarif de base
- Les modificateurs prévus en CCAM ne s'appliquent pas aux actes restant en NGAP,

de même les majorations NGAP ne sont pas applicables en CCAM.



#### **CCAM** les modificateurs

- URGENCE Nuit D JF
  - **Nuit (**20H 08H) **U** 25,15€

pour MG et Pédiatre P 35€ de 20H et 00H et 06H – 08H

**S** 40€ **de** 00H – 06H (→ 08H)

(S utilisable par toutes les spécialités pour les actes sous AG ou loco – R)

- **D, JF**: **F** 19,06€
- URGENCE au cabinet toute période, pour MG, pédiatre M 26,88€, sur liste d'actes, en sus des modificateurs PSF
- Suivant AGE pour certains actes par certaines spécialités
- Pour certains actes de chirurgie et d'anesthésie
- Pour des actes de radiologie
- Et les nouveaux modificateurs tarifaires, dit cibles transitoires jusqu'au 01 01 2015



# Nomenclature en médecine générale

#### acfm un organisme evolutis IPC

#### Les nomenclatures,

- La CCAM concerne les actes techniques de tous les médecins spécialistes
  - en médecine générale
  - dans les autres spécialités
- La NGAP reste applicable pour notamment les actes cliniques :
  - 1 Les consultations et visites, les actes de chimiothérapie, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, la pratique thermale.
  - 2 Les actes communs aux médecins et auxiliaires médicaux
  - 3 Les actes dentaires en cours de passage CCAM (libellé = transcodage)
  - 4 Les actes des sages-femmes, les actes des auxiliaires médicaux
  - avec en sus les mesures issues de la Convention et d'autres dispositifs comme en PDS



#### les actes de base en médecine générale

- Les actes cliniques (NGAP)
- C ou Cs si qualifié en médecine générale
- -V ou Vs si qualifié en médecine générale
- les majorations de déplacement, en urgence
- les actes clinique chez l'enfant
- les actes particuliers C ALD, Visite longue, sortie hospitalisation ...
- Les actes techniques (CCAM)
  - Détresse, ECG
  - Suture
  - Traumatologie
  - Gynécologie ....
- Les forfaits





#### Le DE,

- **DE**: en cas de circonstances exceptionnelles **de temps** ou **de lieu** dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.
- Ceci est applicable, par exemple, pour la visite à domicile non justifiée

#### **ACTES HORS NOMENCLATURE (H N )**

- Acte non répertorié en NGAP ou CCAM
- Seul: pas de feuille de soins ni télétransmission
  - note d'honoraire
  - information du patient, si possible signée
- Associé à un acte nomenclaturé
  - transmission à l' A Maladie de l'acte nomenclaturé
  - note d'honoraire information patient pour HN

#### Le PARCOURS de SOINS, médecin traitant

- Vous êtes le médecin traitant du patient
  - ( ou son remplaçant avec même feuille de soins)
- feuille papier, aucune case à cocher
- FSE, aucun code de parcours
- Le patient vous choisit comme médecin traitant
- feuille papier, cocher la case: nouveau médecin traitant
- FSE, code MTN
- Patient sans médecin traitant déclaré
- Feuille papier, cocher la case accès hors coordination
- FSE, code HCS
- Patient en situation d'urgence
- Feuille papier cocher la case urgence
- FSE, code MTU

#### Le PARCOURS de SOINS (suite)

- · Le patient est éloigné de sa résidence en déplacement
- feuille papier, cocher la case: Hors résidence habituelle
- FSE, code MTH
- Vous remplacez le médecin traitant du patient
- feuille papier, cocher la case: médecin traitant remplacé
- FSE, code MTR
- Patient en ALD
- EN ALD feuille papier, cocher les cases : exo TM OUI et acte conforme au protocole ALD si c'est le cas.
- En suivi POST ALD : cocher la case exo TM OUI, porter la mention suivi post ALD, et cocher la case autre. En FSE soins particuliers exonérés code exo 3.

Non concernés par le parcours de soins, les patients < à 16 ans les migrants de passage, les AME : pas de mention du parcours dans ces cas - ainsi que certains actes comme les soins d'urgence, les soins palliatifs, les IVG médicamenteuses, les campagnes nationales de dénistage



#### Une règle générale

Le non cumul des actes cliniques avec d'autres actes, sauf exceptions :

(en médecine générale):

- L'**ECG** DEQP003 à 100% = C (V) +DEQP003 attention: si cumul ECG avec acte CCAM, ECG à 50% si cumul ECG avec acte CLINIQUE, ECG à 100%
- Le **prélèvement cervico vaginal** avec la Consultation JKHD001 à 50% = C + JKHD001 2 (code association 2)
- Peut être (en cours) la biopsie cutanée





#### Les majorations NGAP, les modificateurs CCAM

Les majorations qui suivent ne peuvent être notées qu'une seule fois par domicile. Il ne peut être facturé en sus de la Visite, au même domicile, que 2 Consultations

#### Actes d'urgence

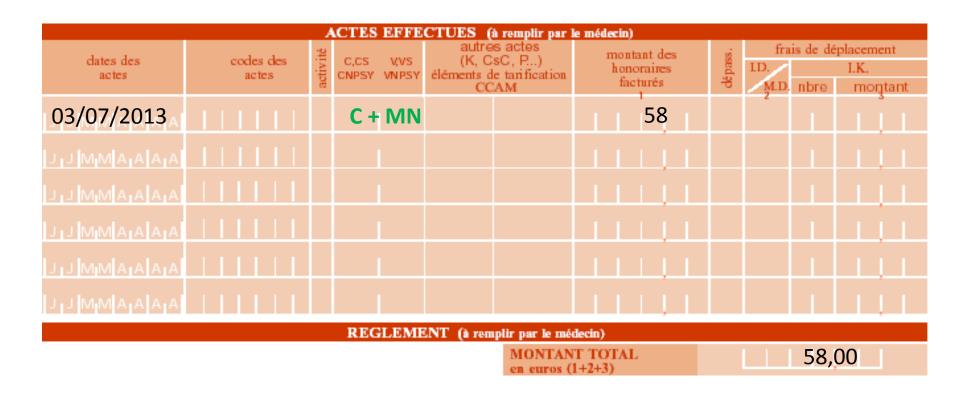
- Majorations NGAP D, JF, Nuit F: V exceptionnellement C en cas d'urgence
- Dimanche, JF (si garde également samedi 12H): F 19,06€ V → MDD 22,6€
- Nuit (appel entre 19H et 7H):
  - \* 20-24H et 06 08h: **MN** 35€ **V** → **MDN** 38,5€
  - \* 24- 06H (nuit profonde) : **MM** 40€ **V** → **MDI** 43,5€ ajouter les IK s'il y a lieu
- Majoration MU <u>hors cabinet</u> sur la visite de <u>jour</u> de <u>semaine</u> (MG, pédiatre) 22,6€
   « quitter en urgence le cabinet » (intègre le déplacement ID mais non IK)
- Modificateurs CCAM D,JF, Nuit F, P, S:
- **Dimanche, JF**: **F** 19,06€
- Nuit (MG, Pédiatre)
   20-24H et 06 08h: P 35€
   24- 06H (nuit profonde) : S 40€ devrait être étendu 24 08H
- Modificateur CCAM urgence <u>au cabinet</u> MG *Pédiatre* : M 26,88€ sur liste d'actes (y compris matériel jetable) quel que soit l'horaire en sus d'éventuels F P S





#### Exemple

Consultation (NGAP) (hors PDS) en urgence de 20H à 24H (MN = 35€)





#### Majorations, Modificateur pour ACTES d'URGENCE

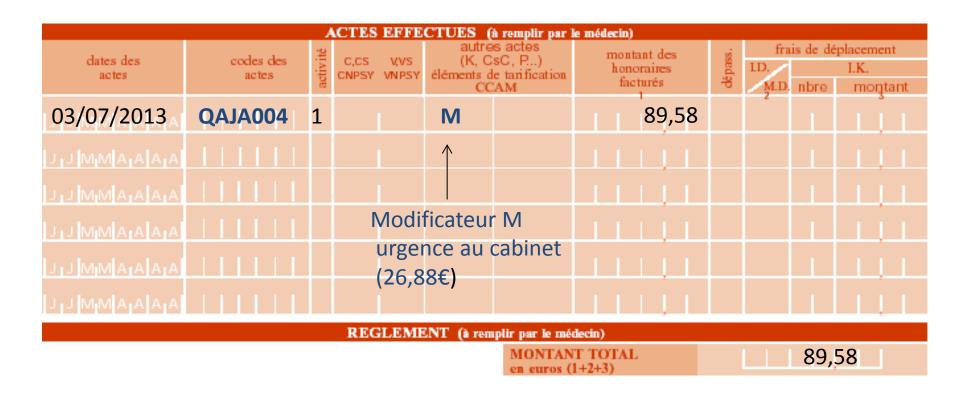
- au cabinet sur une liste précise d'actes CCAM (66 actes) M
- → modificateur **M** (CCAM MG *Pédiatre*) 26,88€, cumul avec alors les modificateurs F,P,S des actes CCAM, comprend si nécessaire le matériel à usage unique
- hors cabinet NGAP MU
- (quitter en urgence le cabinet le jour de semaine):
- → majoration d'urgence (NGAP MG Péd) : MU 22,60€: V + MU sur la Visite <u>ou les actes de premier recours</u> YYYY010 de détresse
  - pas de cumul avec les autres majorations
  - (pas d'ID, ajout éventuel d'IK)
  - cumul possible avec l'ECG: V+MU+DEQP003+ YYYY490
- (supplément pour ECG à domicile)





#### Exemple

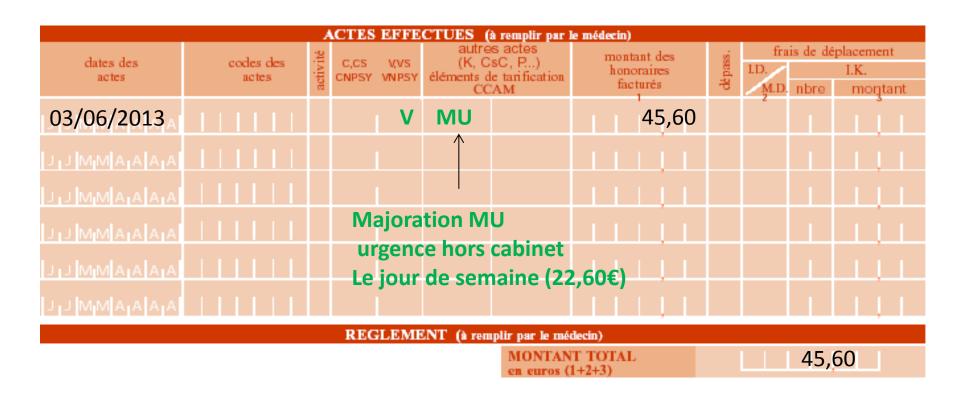
Suture plaie profonde face < à 3 cm au cabinet en urgence (CCAM) QAJA004 62,70€





#### Exemple

## Visite (quitter le cabinet en **urgence** le **jour** de **semaine**) **MU** (NGAP)





#### Majorations pour actes en déplacement

- VISITE justifiée (MG)sur critères médicaux et environnementaux:

```
→MD (10€) = V + MD 33€

si dimanche, JF, samedi après midi MDD (22,6€)

si nuit 20 – 24H, 06 – 08H MDN (38,5€)

si nuit 00H – 06H MDI (43,5€)

ajouter les IK s'il y a lieu
```

Actes autres que la Visite du MG:

```
    → ID (3,50€ MG)
    QZJA017 (suture plaie superficielle 38,79€) + ID (3,50€) = 42,29€
    ajouter les IK s'il y a lieu
```

ajouter les IK s'il y a lieu

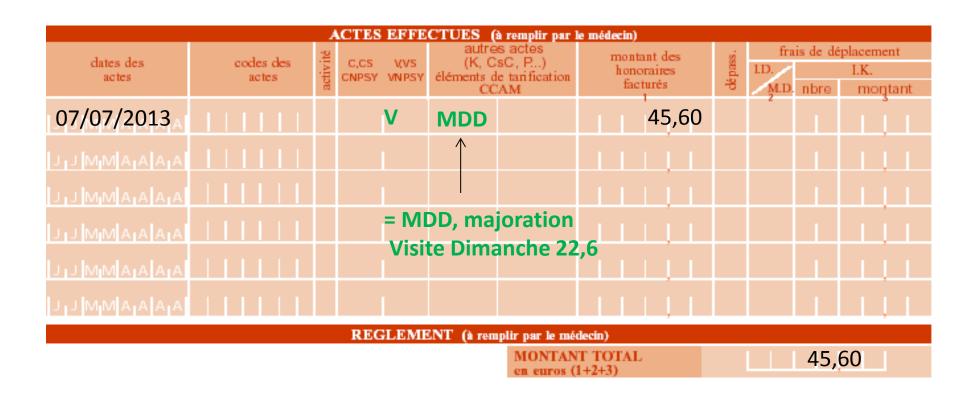
- En sus Indemnités kilométriques IK 0,61€ plaine, 0,91€ montagne
si agglomération différente et distance > 2kms plaine (1km montagne)
avec abattement de 2kms à l'aller et au retour (1 Km montagne)
remboursement au patient à condition de distance raisonnable (10 kms aller en zone urbaine, 30 kms en rurale), sinon remboursement sur la base du praticien le plus proche)

Page 32 / 30



#### Exemple

#### Visite non régulée le dimanche

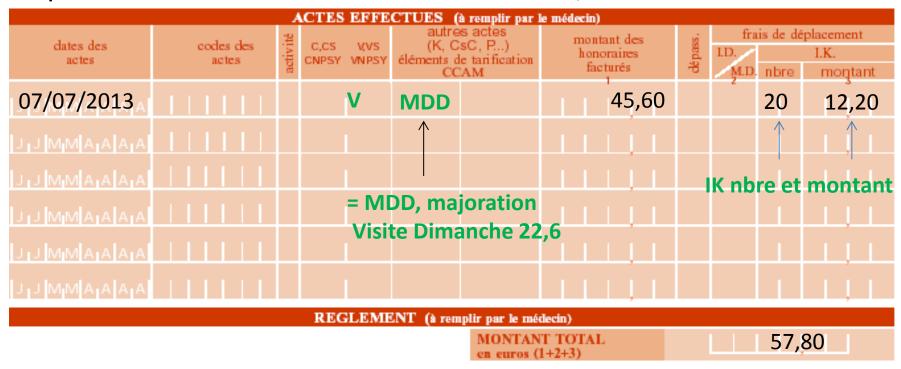




#### Exemple

#### Visite non régulée le dimanche, avec IK en sus

Indiquer le nombre IK remboursables après abattement de 4 Kms A R Exemple distance 24 kms = nombre d'IK 20 à 0,61€ du km





### Les majorations spécifiques de permanence des soins MG sur REGULATION (avec en sus les forfaits d'astreinte)

 Dimanche, férié, samedi 12 à 20h lundis ouvré de 8h à 20h lorsqu'ils précèdent un JF, vendredi de 8h à 20 h et samedis de 8h à 12h lorsqu'ils suivent JF:

C + CRD (26,5€)= 49,50€ 
$$V + VRD (30€) = 53€ (+ - IK)$$

Nuit 20 – 24H, 06 – 08H:

C + CRN 
$$(42,5€)$$
 = 65,50€ V + VRN  $(46€)$  = 69€ (+ - IK)

Nuit 00 – 06H:

Cumul possible actes clinique avec ECG à 100%

DEQP003 (13,78€) pour les actes en C DEQP003 (13,78€) + YYYY490 (supplément ECG à domicile 9,6€)

→ en feuille papier cocher la case Urgence, en télétrans code MTU





#### Actes clinique chez l'enfant

- Consultation, Visite, nourrisson, 0 à 24 mois MNO:
   C (V+MD) + MNO (5€)
- Forfait pédiatrique du MG FPE pour examen obligatoires :
- 8jours suivant naissance, 9 10<sup>ème</sup> mois, 24 25<sup>ème</sup> mois

Consultation, Visite, enfant, 2 à 6 ans:

#### acfm un organisme evolutis DPC

## **Actes particuliers**

- Généraliste correspondant : MCG (secteur 1) (3€)
- Consultation annuelle approfondie patient en ALD : CA = 26€ avec cpte rendu destiné au patient
- Visite longue Maladies Neuro dégénératives :

**VL** = 46€ + MD 56€ 1 fois/an, une 2<sup>ième</sup> fois si l' état du patient le nécessite (santé, environnement), avec présence de l'aidant naturel

- Consultation, Visite (avec MD + ou IK) de sortie d'hospitalisation = 2C (secteur 1)
- Insuffisance cardiaque (avant fin 2ème mois): MIC +23€
- Maladies chroniques (avant fin 1èr mois) : MSH + 23€
- Honoraire de surveillance en établissement
- C\*0,8 1èr au 20<sup>ième</sup> jour C\*0,4 21<sup>ème</sup> au 60<sup>ième</sup> jour, C\*0,2 au-delà
- Forfait sécurité Dermatologie: 40€ sur liste d'actes dermatologiques (en secteur 1 ou 2) nævus, tumeurs malignes cutanées, lésions hypodermiques sous A Locale





### Les actes CCAM en MG Règles générales

assez superposables à celles de la NGAP

- Un code par acte
- 2 actes maximum pouvant être associés (sauf exceptions)
- le premier à 100%, le deuxième à 50% (sauf exceptions)
- Les majorations NGAP deviennent des MODIFICATEURS
   la majoration MU peut être utilisé en CCAM. Par exemple en urgence
- **Dimanche, JF: F** 19,06€
- **Nuit (**MG, Pédiatre)
  - 20-24H et 06 08h: **P** 35€
  - 24-06H (nuit profonde): **S** 40€ devrait être étendu 24 08H
- modificateur M (26,88€) sur une liste d'actes et majoration MU (22,6€)
- 4 modificateurs peuvent au maximum être inscrits
- Mais cela se complique, avec l'apparition de nouveaux modificateurs tarifaire cibles, dits de convergence



# Actes CCAM courants du médecin spécialiste en médecine générale avec modificateur M (en rouge les modificateurs cible au 01/07/2013)

Détresse respiratoire, cardiaque, allergique, traumatique, agitation, mal comitial

```
YYYY010 = 48€
```

- si au cabinet: YYYY010 + M (modificateur) = 74,88€
- si domicile: YYYY010 + ID = 51,5€

si quitter en urgence le cabinet le jour de semaine:

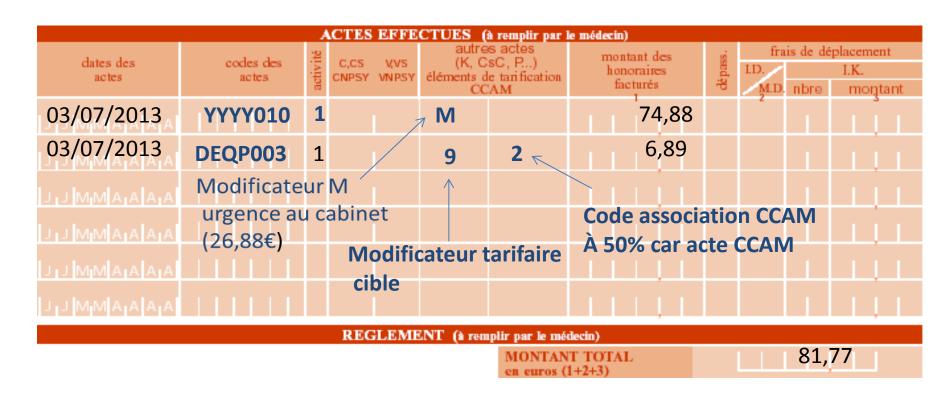
```
YYYY010+ MU = 70,6€ + IK (mais pas ID ni F ni P ni S)
```

- si JF + F (19,06€), si nuit+ P (35€), si nuit profonde +S (40€)
- Cumul à 50% ECG: DEQP003 code association 2 code cible 9
  à domicile ajouter à 100% YYYY490 (9,6€)
- Cumul à 50% certificat internement à domicile
   K10 (K=1,92€)



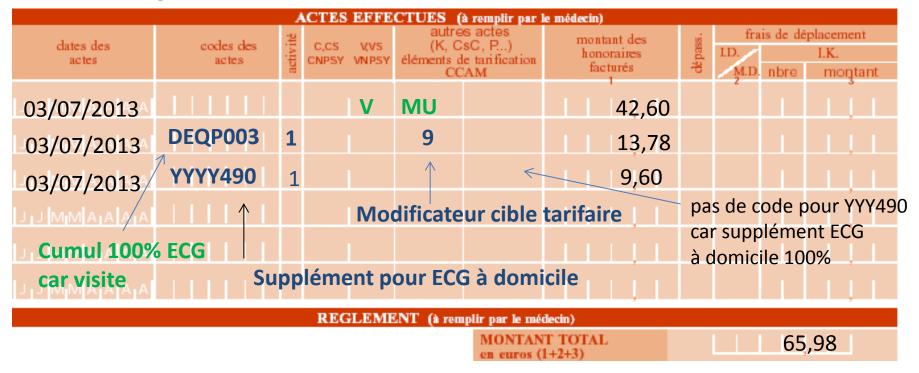


# Détresse respiratoire YYYY010 et ECG DEQP003 au cabinet



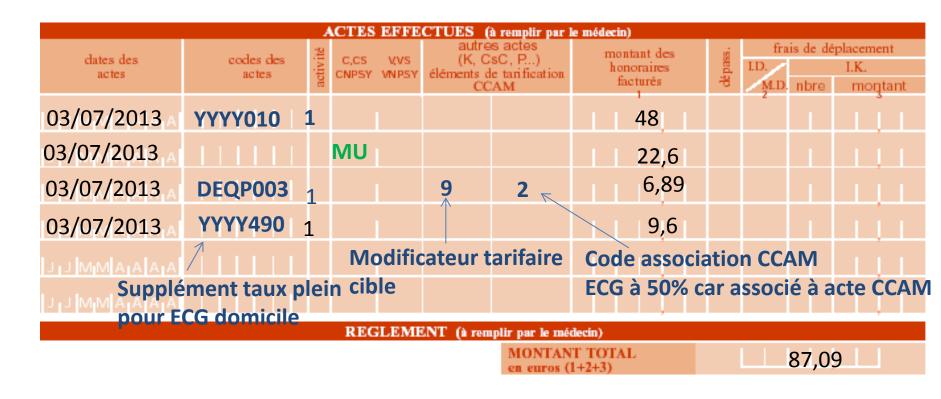


Visite (quitter le cabinet en urgence le jour) et pratique d'un ECG à <u>domicile</u> pas de modificateur M, mais MU pour la visite, non cumul avec ID



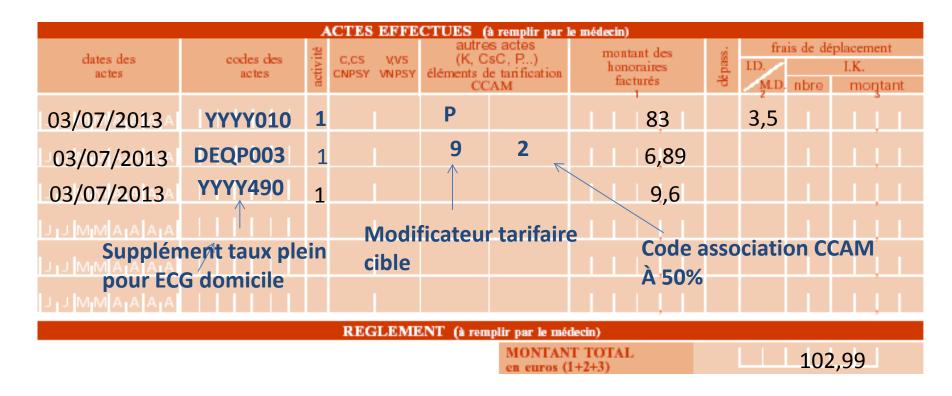


Détresse respiratoire YYYY010 et ECG DEQP003 à domicile le jour (ajout de MU)





# Détresse respiratoire YYYY010 et ECG DEQP003 à domicile la nuit (entre 20H et 00H modificateur P)





# Actes CCAM courants du médecin spécialiste en médecine générale avec modificateur M

(en rouge les modificateurs cible au 01/07/2013)

#### Les parage/suture:

- plaies de la face suivant la *taille moins 3 cm 3 à 10 cm + 10 cm*\*superficielles QAJA013 M (= 31,35€+26,88€) QAJA005 M II QAJA002 M IX
  \*profondes QAJA004 M (= 62,7€+ 26,88€) QAJA006 M OI QAJA012 M OX
- -plaies de la main
  - \*peau et tissus mous de la main QCJA001 M (= 62,7€ + 26,88€)
  - \*plusieurs plaies pulpo-unguéales QZJA021 M IX
- -plaies hors face/mains suivant la taille moins 3 cm 3 à 10 cm + 10 cm
- \*superficielles QZJA002 M O9 (= 24,11€+26,88€) QZJA017M IX QZJA015M IX
- \*profondes QZJA016 M 09 (= 46,94€+26,88€) QZJA012M OI QZJA001 M OX

Rappel Modificateur M (26,88€): soins d'urgence au cabinet sur liste d'actes CCAM, utilisation si nécessaire matériel à usage unique, ajout possible de F, P, S





# Actes CCAM courants du médecin spécialiste en médecine générale hors ECG et détresse avec modificateur M (suite)

#### La traumatologie/contention

- -contention souple articulation membre supérieur MZMP001 M (=31,35€+26,88€)
- -confection appareil rigide ante brachio palmaire fracture immobilisation initiale membre supérieur MZMP013 M 9I (= 30,37€ + 26,88€)
- -confection appareil rigide poignet et/ou main fracture immobilisation initiale membre supérieur MZMP004 M I (= 26,82€ + 26,88€)
- -contention souple genou NFMP001 M ( = 41,8€ + 26,88€)
- -contention souple cheville et/ou pied ou semelle plâtrée NGMP001 M (=20,9+26,88€)
- -confection appareil rigide immobilisation membre inférieur prenant genou NZMP007 M 9 ( = 34,37€ + 26,88€)

#### Tamponnement nasal:

- antérieur GABD002 M OI (=25,32€ + 26,88€)
- antérieur et postérieur GABD001 M IX (=45,78€ + 26,88€)
- Brûlures < 10 cm2 toujours en NGAP sans modificateur M
- -K9 17,28€ montant < au C! K16 si surface < à 10% surface corporelle
- Majorée de 50% si face ou mains K9+K9/2 25,92€





# Actes CCAM courants du médecin spécialiste en médecine générale hors ECG et détresse (suite) sans modificateur M

- Infiltration,
- transcutanée articulation ou bourse séreuse Mb sup MZLB001 (26,13€)
- transcutanée articulation ou bourse séreuse Mb inf NZLB001(30,82€)
- thérapeutique du nerf médian dans canal carpien AHLB006 (29,48€)
- Ablation de corps étrangers,
- -cavité nasale GAGD002 XX (28,51€)
- -visage et mains superf. 1 corps étranger QAGA003 OI plusieurs QAGA002 91
- -visage et mains profond 1 corps étranger QAGA004 OX plusieurs QAGA001 91
- -hors visage mains superf 1 corps étranger QZGA004 X plusieurs QZGA007 9X
- -hors visage mains profond 1 corps étranger QZGA003 OI plusieurs QZGA006 <mark>99</mark>
- Panaris superficiel MJPA010 X (33,47€)





# Actes CCAM courants du médecin spécialiste en médecine générale hors ECG et détresse (suite) sans modificateur M

#### Gynécologie

- -Pose dispositif JKLD001(38,4€)
- -Changement dispositif JKLD001 (38,4)
- -Prélèvt cervico vaginal JKHD001 9X (10,59€) cumulable 50% avec C

#### Implant SC

- -Pose QZLA004 X (15,63€) < valeur du C!
- -Ablation QZGA002 (41,8€)
- Test d'évaluation
- -Dépression ALQP003 diagnostic initial, examen annuel de contrôle
- -Déficit cognitif ALQP006 diagnostic initial, examen annuel de contrôle





# CCAM MG, exercices en pratique

# La petite Chirurgie, les sutures avec modificateur M attention le tarif affiché sur la fiche CCAM Ameli est celui sans modificateurs cibles ou autres

Cotations	Actes	VALEUR
GABD002 O I M	Tamponnement nasal antérieur	52,20€
QAJA002 IXM	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm de grand axe	95,88€
QAJA004 M	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe	89,58€
QAJA005 II M	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe	88,40 €
QAJA006 OI M	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe	112,31 €
QAJA012 OX M	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe	131,11 €
QAJA013 M	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe	58,23 €
QCJA001 M	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main	89,58 €
QZJA001 OXM	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	99,33 €
QZJA002 O9 M	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face	50,99€
QZJA012 OI M	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	82,82€
QZJA015 IX M	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face	77,05 €
QZJA016 <b>O9</b> M	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	73,82 €
QZJA017 IX M	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face	70,56 €
QZJA021 IX M	Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	144,20€
QZJA022 OX M	Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale	96,67€

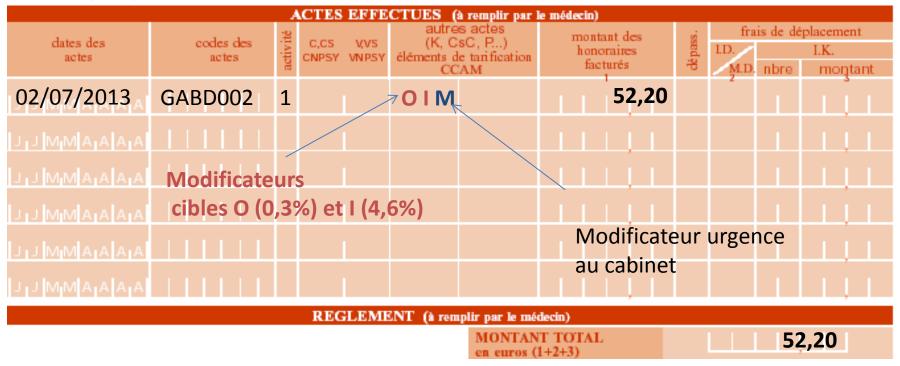
M 26,88€ sur une liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM pour l'utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet



#### Tamponnement nasal antérieur en juillet 2013

Attention le tarif affiché sur la fiche CCAM sur Ameli est celui sans modificateurs soit 24,14€ à augmenter des modificateurs cibles 0 (0,30%) et I (4,6%),ce qui donne 25,32€ (O I) + le M 26,88€ = 52,20€, seule somme à inscrire.

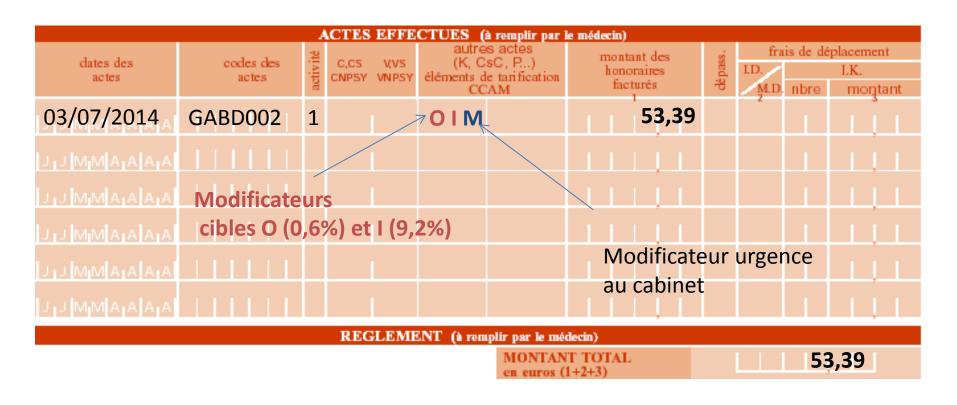
Le tarif comprenant les modificateurs cible ou de convergence est indiqué sur <u>www.csmf.org</u> et c'est ce montant qui est repris dans cette présentation et sur la plaquette UNOF





#### Tamponnement nasal antérieur en MARS 2014

Attention le tarif affiché sur la fiche CCAM sur Ameli est celui sans modificateurs soit 24,14€ à augmenter des modificateurs cibles, qui resteront les mêmes, mais dont la valeur en % deviendra en mars 2014 pour le 0 de 0,30% à 0,6% et pour le I de 4,6% à 9,2%, ce qui donnera alors 26,51€ (0 I) + le M 26,88€ = 52,20€, seule somme à inscrire.





#### **Tamponnement nasal antérieur en JANVIER 2015**

Attention les modificateurs cibles disparaissent, et ne seront plus à inscrire. le tarif affiché sur la fiche CCAM sur Ameli sera pour le secteur 1 et CAS le tarif cible, soit 27,72€, mais restera en secteur 2 au tarif de juin 2013 soit 24,14€. ce qui donnera alors 27,72€ + le M 26,88€ = 54,60€, seule somme à inscrire.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)												
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY		(K, C éléments d	s actes sC, P) le tarification AM		nontant des honoraires facturés	dépass.	ID.	is de dé nbre	placement I.K. montant
03/01/2015	GABD002	1	1		M	- I	1	54,60		2	IIDIG	I I I
ATA ATA MIMI CTE												1 1 1
  Aזא Aזא Mזא  רדר	+111111											
  מומ מומ שוש  רו ב	111111											
  מוש מוש שות   מוש מוש שות								Modificate		urger	nce	
ATA ATA MIMI CI CI							1	au cabinet				111
REGLEMENT (à remplir par le médecin)												
						MONTAN en euros (					54	1,60

La valeur de l'acte sera augmenté de 24,14€ juin 2013 à 25,32€ juillet 2013, 27,72€ mars 2014 puis une valeur cible en secteur 1 et CAS 27,72€

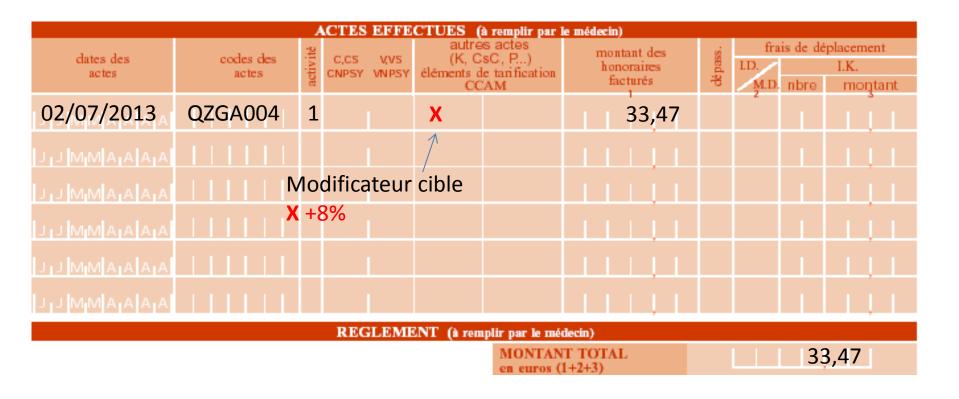


# Les ablations de corps étranger (modificateur M non applicable) attention le tarif affiché sur la fiche CCAM est celui sans modificateurs

Cotations	Actes	VALEUR
GAGD002 XX	Ablation de corps étranger de la cavité nasale	28,51 €
QAGA002 9I	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage et/ou des mains	67,89€
QAGA003 OI	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	42,72€
QZGA004 X	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau en dehors du visage et des mains	33,47 €
QZGA007 9X	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau en dehors du visage et des mains	57,40€
MJPA010 X	Incision ou excision d'un panaris	33,47 €



#### Ablation d'un corps étranger superficiel en dehors de la peau et des mains



Le QZJAOO4 est inscrit pour une valeur de 30,99€ sur la fiche Ameli, mais c'est en fait Le montant avec le modificateur qu'il faut noter soit 33,47€



#### Contention avec modificateur M

Cotations	Actes	VALEUR
MZMP001M	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur	58,23 € <sup>(1)</sup>
MZMP004 M I	Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	<b>53,70</b> € <sup>(1)</sup>
MZMP006 M 9	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant- bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	<b>52,59</b> € <sup>(1)</sup>
MZMP013 M 9I	Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	<b>57,25</b> € <sup>(1)</sup>
NFMP001 M	Confection d'une contention souple du genou	68,68€ <sup>(1)</sup>
NGMP001 M	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée	47,78 € <sup>(1)</sup>
NZMP003 M	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou	54,45 € <sup>(1)</sup>
NZMP006 M O	Confection d'un appareil rigide fémorocrural [fémorojambier] ou fémoropédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	69,24 € (1)
NZMP007 M 9	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du membre inférieur prenant le genou	61,25 € <sup>(1)</sup>

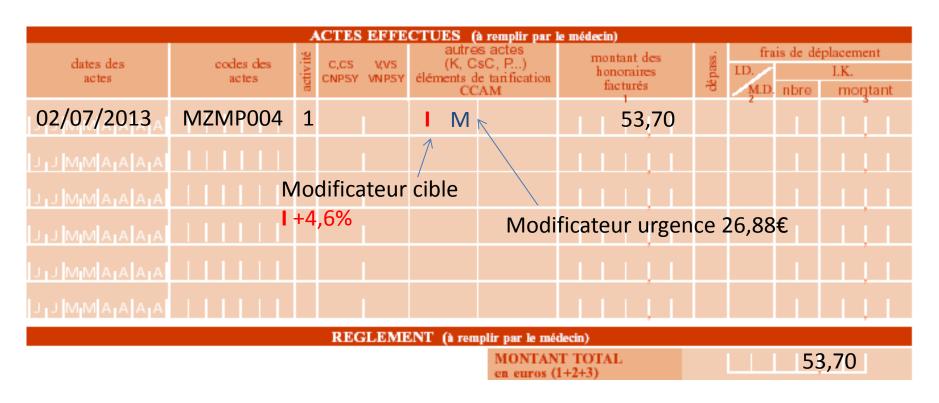
**M** = modificateur (ex K 14 ou MSU), pour une liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet.

(1) Acte accompagné de la note de facturation suivante : "Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée".





# Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction



Le MZMPOO4 est inscrit pour une valeur de 25,64€ sur la fiche Ameli, auquel il faut ajouter le modificateur cible 25,64€ + I = 26,82€ et ajouter le M 26,88€, donc au total à inscrire 53,7€



# **Infiltrations**

Actes	Cotations	Valeurs
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZLB001	26,13€
Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZLB001	30,82€
Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	NZJB001 <mark>9X</mark>	51,74€
Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	MZJB001	83,60 €



# Evacuation de collection articulaire du membre inférieur par voie transcutanée, sans guidage

		A	CTES EFFE	CTUES (	à remplir par l	e médeci	n)				
dates des actes	codes des actes	activité		autre (K, C éléments d	s actes sC, P) le tarification AM	me he	ntant des onoraires acturés	dépass.	ID.	is de dé nbre	placement I.K. moŋtant
02/07/2013	NZJB001	1		9 X	Alvi		51,74		Ž	IIDIC	
   אן אן אן אן אן אן   ען ען				1							111
  מומ מומ שוא  רוב			2 modifica								
  מומ מומ שוא  רוב		S	(+ 1,9%)	X (+8	%)						
ATA ATA MIMI LI L	11111					Ш					
ALA ALA MIMI LI LI	111111						1 1 1				111
REGLEMENT (à remplir par le médecin)											
					MONTAN en euros (		AL .			51,	74

Quand il y a 2 modificateurs cibles associés à un acte, on les additionne : 1,9% + 8% = 9,9% ce qui fait 9,9% de plus sur le tarif affiché dans la base Ameli. Le NZJB001 est affiché à 47,08€ sur la base Ameli et devient avec les 2 modificateurs cible 51,74€.





#### Actes avec ECG

Actes	Cotations	Valeur
ECG au Cabinet		
Consultation avec ECG	CS ou C + DEQP003 <sup>(1)</sup> 9 (23€+13,78€)	36,78 €
ECG à domicile Ajouter les IK si nécessaire		
Visite avec ECG	VS ou V +MD + DEQP003 9 YYYY490 <sup>(2)</sup> (23€+10€+13,78€+9,60€)	56,38 €

Autres modificateurs à mentionner suivant le cas pour cotation :

P (20 h à 24 h et 6 h à 8 h) = 35 € (en attente de décision, suppression de 6h à 8h)

S (0 h à 6 h) = 40 € (en attente de décision : 0h à 08h)

F (dimanches et jours fériés) = 19,06 €

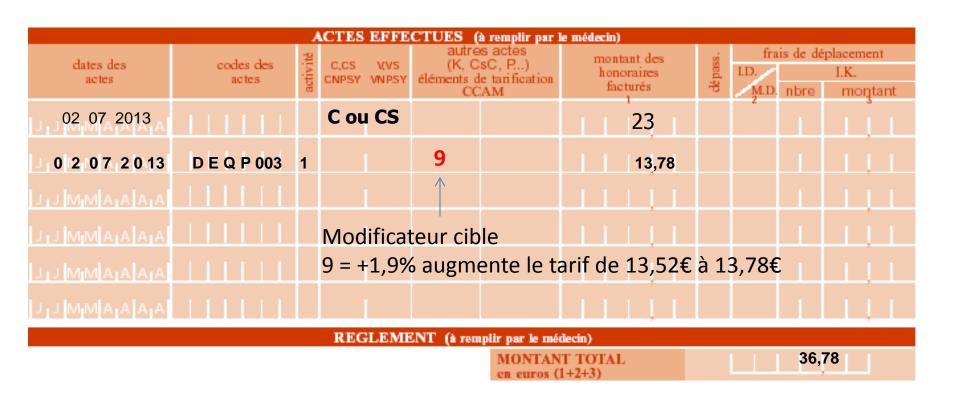
On peut utiliser avec Cs ,C , Vs ,V MN (35€) MM (40€) à la place de P et S sur ECG

(1) DEQP003 : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations

(2) YYYY490 : Supplément pour électrocardiographie réalisée au domicile du patien evolutis la formation de tous les



#### ECG et C CS

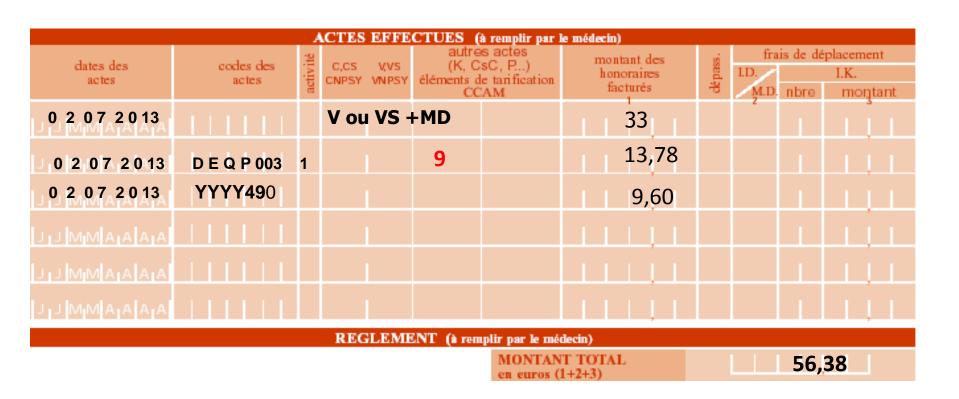


Pas de code d'association puisque cumul à taux plein C et ECG





#### ECG et V VS



Pas de code d'association puisque cumul à taux plein V et ECG





## Détresse

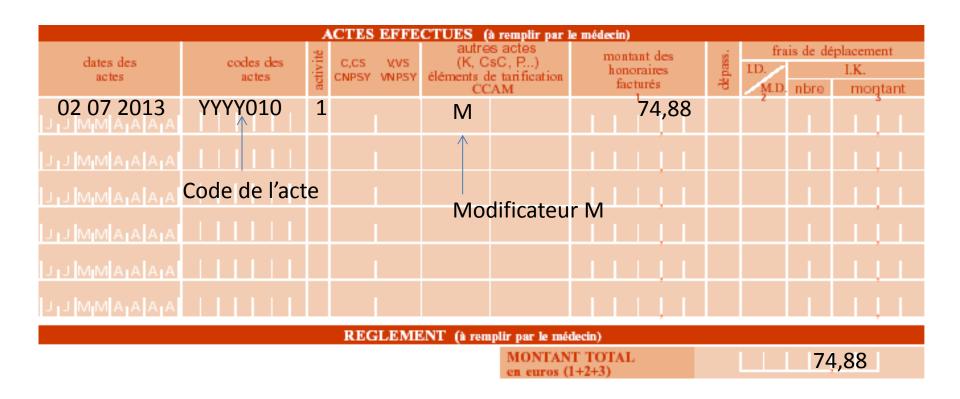
Actes	Cotations	Valeur
Détresse au cabinet avec le M		
Acte d'urgence	YYYY010 <sup>(3)</sup> + M <sup>(1)</sup> (48€ + 26,88€)	74,88 €
Détresse hors du cabinet le jour de <u>semaine</u> avec la MU Ajouter les IK si nécessaire, pas ID ni P,S,F		
Détresse hors du cabinet le <u>jour</u> de <u>semaine</u> si quitter en urgence le cabinet	YYYY010 + ID (48€+3,5€) YYYY010 + MU <sup>(2)</sup> (48€+22,60€)	51,50 € 70,60 €

#### \* modificateurs à mentionner pour cotation : P ou S pour la nuit, F pour férié.

<sup>(1)</sup> M	liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet
<sup>(2)</sup> MU	majoration d'urgence pour actes hors cabinet le jour
<sup>(3)</sup> YYYY010	Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : détresse respiratoire ; détresse cardiaque ; détresse d'origine allergique ; état aigu d'agitation ; état de mal comitial ; détresse d'origine traumatique.



#### **Détresse au cabinet** YYYY010 (48€) et M (26,88€)





#### **Détresse avec ECG**

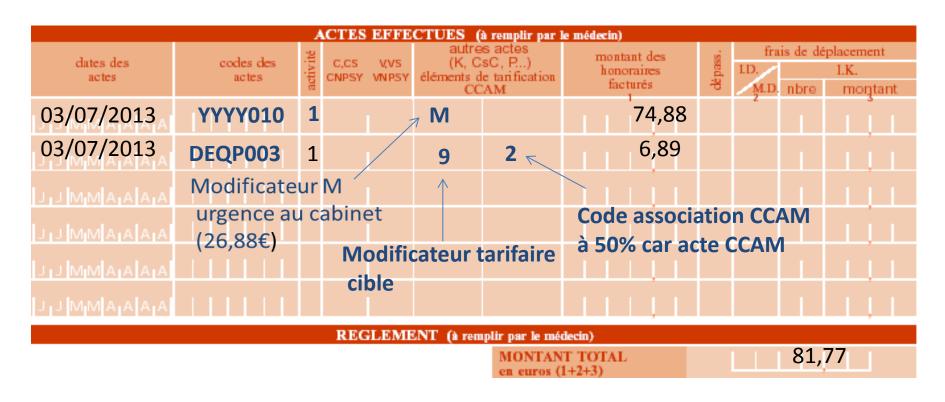
Actes	Cotations	Valeur
Détresse au cabinet		
Acte d'urgence + ECG	YYYY010 <sup>(3)</sup> M <sup>(1)</sup> DEQP003 <b>9 2</b>	81,77 €
Détresse hors du cabinet le jour Ajouter les IK si nécessaire, pas ID ni P,S,F si MU		
Détresse hors du cabinet le jour de semaine si quitter en urgence le cabinet + ECG	YYYY010 + ID YYYY010 + MU <sup>(2)</sup> DEQP003 <b>9 2</b> YYYY490	87,09 €

#### \* modificateurs à mentionner pour cotation : P ou S pour la nuit, F pour férié, sauf si MU (applicable jour semaine)

<sup>(1)</sup> <b>M</b> 26,88€	liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM
	utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet
<sup>(2)</sup> MU 22,60€	majoration d'urgence pour actes hors cabinet le jour de semaine
(3) YYYY010 48€ DEQP003 9 = ECG 13,78€ YYYY490 = 9,6€ supplément pour ECG à domicile	Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : détresse respiratoire ; détresse cardiaque ; détresse d'origine allergique ; état aigu d'agitation ; état de mal comitial ; détresse d'origine traumatique.

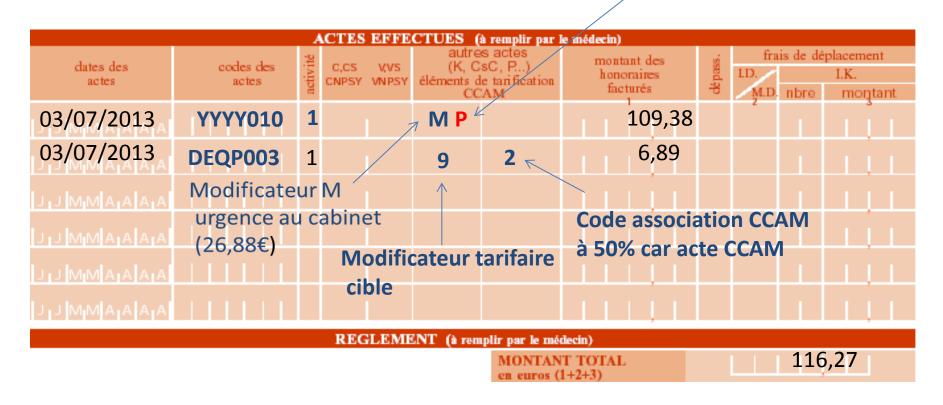


# Détresse avec ECG YYYY010 et ECG DEQP003 au cabinet (modificateur M)





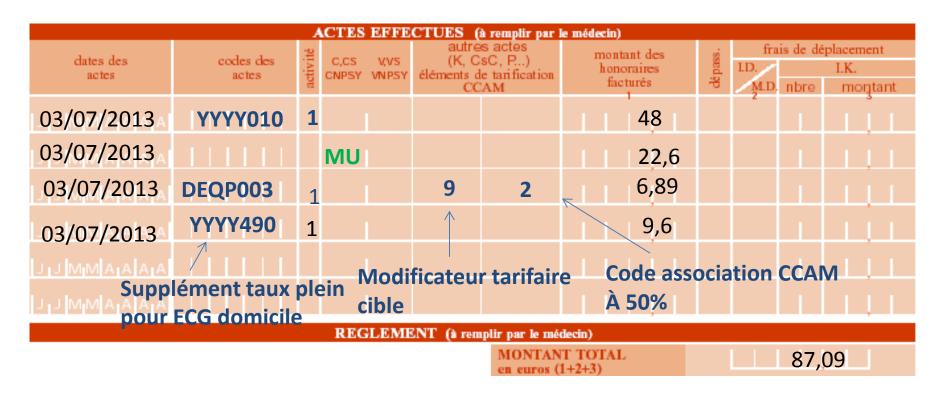
# Détresse avec ECG YYYY010 et ECG DEQP003 au cabinet (modificateur M), la nuit 22H P (35€)





#### Détresse avec ECG YYYY010 et ECG DEQP003

#### à domicile <u>le jour semaine</u> (ajout de MU pas de M)





#### Détresse avec ECG YYYY010 et ECG DEQP003

à domicile la nuit à 22H (pas de MU pas de modificateur M car à domicile), mais avec P (35€) et ID (3,5€)

		A	CTES EFFE	CTUES (	à remplir par l	e méde	ecin)	\				
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS V,VS CNPSY VNPSY	(K, C	s actes sC, P) le tarification CAM		nontant des honoraires facturés	dèpass.	I.D.	is de dé nbre	placeme I.K. moŋ	
03/07/2013	<b>YYYY010</b>	1		P			83		3,5€		ļ	
03/07/2013	DEQP003	1		9	2		6,89					
03/07/2013	<b>YYYY490</b>	1			K		9,6					
  מוש  מוש  מוש			Modific	ateur t	arifaire		Nil					ı
ATA ATA MIMI ETE			cible				Code ass	ocia	tion	CCΔI	vi I	ı
Supp	lément taux	ple	ein				_					
1 - 1 NA-NA A - A   A - Ā							À 50%					
pour ECG domicile												
REGLEMENT (à remplir par le médecin)												
					MONTAN en euros ()					102,	99	



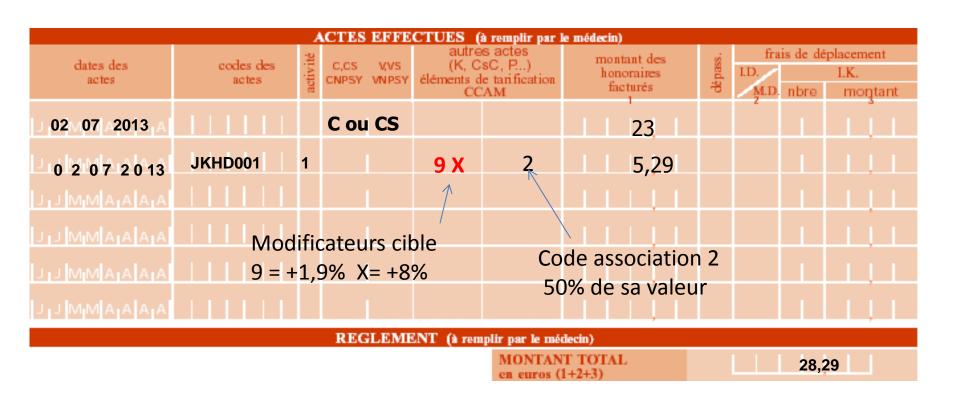
#### **Autres actes:**

- le Frottis vaginal JKHD001 9 X 10,59€ juillet 2013
   qui peut être cumulé à 50% au C CS
- La pose d'un dispositif intra utérin JKLD001 38,40€
- Le changement d'un dispositif intra utérin JKKD001 38,40€
- La pose d'implant pharmacologique sous-cutané QZLA004 X 15,63€
- L'ablation ou changement d'implant sous cutané QZGA002 41,80€
- Test d'évaluation d'une dépression ALQP003 69,12€
- pour diagnostic initial et un examen annuel de contrôle
- Test d'évaluation d'un déficit cognitif **ALQP006** 69,12€ pour diagnostic initial et un examen annuel de contrôle





### C CS et frottis vaginal





## Les nouveautés sur les actes Clinique

Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation : MIC = 23€ (+ C ou V) pour secteur 1 et CAS en tarif opposable, une seule fois après l'hospitalisation

- Conditions :
- en présence des aidants habituels,
- pour les patients insuffisants cardiaques poly pathologiques et poly médicamentés
- ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de l'insuffisance cardiaque
- avant la fin du deuxième mois suivant la sortie d'hospitalisation,
- Contenu: le médecin traitant
- évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, des signes d'alarme et de son traitement ;
- réévalue et apprécie l'efficacité ainsi que la tolérance du traitement ;
- met en œuvre un plan de soins en concertation avec le cardiologue correspondant, sur la nécessité de consultations spécialisées complémentaires, sur toute action permettant d'éviter une ré hospitalisation en urgence ;
- veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.





## Les nouveautés sur les actes Clinique

Majoration pour une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour, ou de psychiatrie par le médecin traitant (ou le psychiatre) d'un patient à forte comorbidité :

MSH = 23€ (+ C ou V) pour secteur 1 et CAS en tarif opposable, une seule fois après l'hospitalisation

- Conditions:
- en coordination avec au moins un intervenant paramédical
- pour les patients poly pathologiques, avec altération de l'autonomie
- **Dans les suites d'un séjour hospitalier**, pour une intervention chirurgicale **ou** dans lequel a été diagnostiquée une pathologie chronique grave (ou décompensation de cette pathologie)
- Dans les trente jours suivant la sortie d'hospitalisation,
- Contenu: le médecin traitant
- évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte
- évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme
- réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement ;
- veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.
- renseigne le dossier médical





# Rappel la Visite longue et complexe maladie neuro - dégénérative

Visite longue et complexe par le médecin traitant d'un patient en ALD pour une pathologie neuro-dégénérative (en particulier Alzheimer et Parkinson, mais pas seulement SEP, démences vasculaires ... ):

VL = 46€ une seule fois par an, et en sus à chaque modification de l'état de santé ou l'environnement.

#### Contenu: le médecin traitant

- Evaluation de l'autonomie et des capacités restantes, évolution des déficiences (cognitives, sensorielles, nutritionnelles, locomotrices)
- Prévention de la iatrogénie médicamenteuse
- Repérage des éventuels signes d'épuisement des aidants naturels
- Information du patient et des aidants naturels sur la coordination possible, les structures d'aide, les possibilités de formation des aidants et de protection juridique du patient.
- renseigne le dossier médical des conclusions de cette visite





### **CCAM Les MODIFICATEURS**



### **Modificateur Urgence** : définition

- 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



# **Modificateurs: Urgence**

P	35 €	pédiatres et médecine générale de 20H à 00H et 06H à 08H (en cours de suppression)
S	40 €	pédiatres et médecine générale de 00H à 6H devrait devenir 06H 08H (en cours) + toutes spécialités : S pour actes sous AG ou loco-R
M	26,88 €	Pédiatres et Généralistes, Soins Urgence au cabinet, liste actes
F	19,06 € 25,15 €	Dimanche ou jour férié toutes spécialités Nuit entre 20H et 8H autres spécialités que MG Péd
0	25,15 €	riale chare zon et on autres specialites que moneu



### Rappel: Gardes Astreintes PDS

#### Contrats ARS - Caisses et médecins en établissement

- Gardes sur place nuit 20H-08H, D JF 08H-20H et Samedi AM (150€)
   229€ par période de 12H
- -Unité d'obstétrique + de 1500 accouchements/an Obstétricien et anesthésiste et pour le pédiatre majoration de sujétion de 150€ (sur 1 accouchement)
- -Unité de réanimation néonatale ou soins intensifs en néonatologie Pédiatre
- -Unité de réanimation polyvalente ou cardiologique (USIC) Réanimateur, Cardiologue
- -Upatou (non cumul avec les majorations de première partie de nuit 20H 24H)

Possibilité de scinder les gardes 20H – 24H 79€, 24H – 08H 150€ en + samedi AM 150€

- Astreintes nuit 20H-08H, D JF 08H-20H
- -Upatou ou Etablissement relais: 150€ pour 12H

Possibilité de scinder astreintes 20H – 24H 50€, 24H – 08H 100€ en + samedi AM 100€

- Unité d'obstétrique moins de 1500 accouchements
- Majoration de sujétion 150€ pour actes liés au premier accouchement
  - →Obstétricien, Anesthésiste, Pédiatre (qui peut intervenir la matinée suivante)



#### janv-13 TABLEAU PERMANENCE des SOINS URGENCE Convention 2011

	MEDECINE GENERALE sans REGUL	ATION		sur REGULA	TION	ASTREINTE régulé	е
CONSULTATION	NS					_	
and a section of the	Consultation DIMANCHE FERIE	C+ F (19,06)	42,06 €	C+CRD (26,5)	49,50 €	D JF 8h - 20 h <i>PRD</i>	150,00 €
majorations NGAP au cabinet	(si de garde à partir Samedi 12 à 20H) Consultation NUIT 20-24 06-08h	C+ MN (35)	58,00 €	C+CRN (42,5)	65,50 €	20h - 0h <i>PRN</i>	50,00€
	Consultation NUIT 00-06h	C+ MM (40)	63,00 €	C+CRM(51,5)	74,50 €	0h - 8H <i>PRM</i>	100,00 €
	si ECG ajouter en plus à taux plein	DEQP003	13,52 €			20h - 8H <i>PRT</i>	150,00 €
VISITES JUSTIF	IEES (ajouter les lK s'il y a lieu)			+ IK eventuels			
	Visite DIMANCHE FERIE	V+ MDD (22,6)	45,60 €	V+VRD (30)	53,00 €	MEDECIN REGULAT	ΓEUR
majorations NGAP	(et Samedi après midi 12 à 20H)						
à domicile	Visite NUIT 20-24 06-08h	V+ MDN (38,5)	61,50 €	V+VRN (46)	69,00 €	D JF Nuit <i>REG</i>	70€/heure
	Visite NUIT 00-06h	V+ MDI (43,5)	66,50 €	V+VRM (59,5)	82,50 €		(+ si accord local)
	si ECG ajouter en plus à taux plein	DEQP003	13,52 €				
	(et supplément pour ECG au domicile)	YYYY490	9,60 €				
	Visite en URGENCE le jour V+ MU (22,60) 45,60 € (non cumul avec majorations Nuit D JF MD, + IK eventuels) ( quitter en urgence le cabinet)		45,60 €				MG Pediatre
	Visite en URGENCE le jour	V+ MU (22,60)	45,60 €	''		F D JF 19,06€	D ou JF
	avec ECG	DEQP003	13,52 €			U 25,15€	20h - 08H
	(supplément pour ECG au domicile)	YYYY490	9,60 €				
		=	68,72 €				

<b>AUTRES ACTES</b>	D'URGENCE + à domicile ID (3,5€) s	auf si MU + IK eventu	iels
detresse	Detresse resp cardiaque allergique	YYYY010	48,00 €
(ex K25)	traumatique agitation mal comitial		
	(peut être associé au modificateur M		
	si au cabinet, au MU si à domicile)		
	cumul avec modificateurs F (dimanche:		19,06 €
	fériés), P nuit (20h - 0h):		35,00 €
	S nuit (00h - 08h):		40,00 €
	en dehors d'un etablissement de soins		
au cabinet	Majoration pour soins d'urgence faits	M	26,88 €
(ex K14 de MSU)	au cabinet du MG ou pédiatre, après	(modificateur)	
	examen en urgence (ex K14 de majora		
	tion soins urgence MSU cabinet)		
	s'applique sur une liste precise d'actes		
	dont YYYY010cumul avec majo. F P S		
hors cabinet	Majoration d'urgence pour actes	MU	22,60 €
(quittter en urgence	realisés hors du cabinet MG Péd		
le cabinet)	non cumul avec ID ni maj D F Nuit,		
	ajout des IK s'il y a lieu		
ECG	peut être ajouté à diviser par 2	DEQP003 avec	
		code association 2=	6,76 €
	si à domicile, ajouter supplément:	YYYY490	
		code association 1=	9,60 €
Certificat Interneme	ni peut être ajouté à diviser par 2 (K=1,92)	K10 divisé par 2 =	9,60 €
(Titre XIII, Ch 2, NGAF	P) si à domicile	•	

YYYY010 à domicile le jour de semaine	
YYYY010 + MU +IK eventuels (pas ID)	70,60 €
YYYY010 à domicile la nuit, JF	
YYYY010 + P (35€ 20h 00H) + ID +IK ev	86,50 €
YYYY010 + S (40€ 00h 08H) + ID +IK ev	91,50 €
YYYY010 + F (19,06€) + ID +IK ev	70,56 €
YYYY010 au cabinet	
YYYY010 + M (Maj F P S possible)	74,88 €

Tableau des Consultations 2013 avec sect.2 V11 01/07/2013			MPA				
Specialités	Cotation	Valeur	sect 1	Valeur(réglé	secteur 2 pas de MPA		
Médecine générale				par Caisse)	(sauf CMU ACS)		
Consultation	C ou Cs + majorations PDS eventuelles	23,00€	5€	28,00€	pas de MPA		
Consultation du généraliste correspondant	C ou Cs +MCG(3€)	26,00€	5€	31,00€	pas de MCG		
Visite à domicile	V+MD (10€)+IK éventuel+majo PDS eventuelles	33,00€	5€	38,00€	pas de MPA		
Visite longue maladies neuro dégénératives	VL (=2C)+MD+IK éventuel	56,00€	5€	61,00€	pas de MPA		
	C2	46,00€	5€		pas de MPA		
tous les 4 mois au lieu de 6 au 01/07/2013		,		,			
	C ou Cs + MNO (5€)	28,00€					
	C ou Cs + MNO +FPE(5€)	33,00€					
	COU CS TIVINO TEFE(SE)	33,00€					
au 10ème mois, du 24ème au 25ème mois	0 00 1105(00)	25.00.5					
	C ou CS +MGE(3€)	26,00€					
Consultation de sortie d'hospitalisation (01/07/2013)	=2C	46,00€	5€	51,00€	pas en secteur 2		
	C ou Cs+MIC non cumul avec MSH				pas en secteur 2		
Maladies chroniques (avant fin du 1èr mois)	C ou Cs+MSH non cumul avec MIC				pas en secteur 2		
Consultation MG avec acte technique:							
ECG = DEQP003 (13,78€)	C ou Cs + DEQP003 (eventuellement C2)	36,78€	5€	41,78€	pas de MPA		
Prelevement cervico vaginal = JKHD001/2 (10,59/2 5,29€)	C ou Cs + JKHD001/2 (eventuellement C2)	28,29€	5€	33,29€	pas de MPA		
Forfait annuel RMA de 5€ patients hors ALD 01 07 2013					pas de RMA		
Forfait annuel de 40€ patients ALD FMT étendu au post ALD					pas de RMT		
Consultation annuelle approfondie patient ALD	CA	26,00€	5€				
Honoraires de surveillance en hospitalisation	C*0,8 (puis C*0,4 21 à 60 jours puis C*02)	18,40€	??	???			
Autres Spécialités							
	Cs	23,00€	5€	28,00€	pas de MPA		
	Cs + MPC (2€)	25,00€			pas de MPC MPA		
	CS + MPC + MCS (3€)	28,00€			pas de MPC MCS MPA		
	Cs + MPC (majorée à 5€)	28,00€	3.6	33,00 €	pas de MPC majorée		
Avis Consultant 1Cs synthése après possible si pas d'actes technique		46,00€		51,00€	pas de MPA		
	C2	40,00€	3€	51,00€	pas de MPA		
tous les 4 mois au lieu de 6 au 01/07/2013							
Avis Consultant Psy, Neuro, Neuro psy 2 CS aprés possible Psy Npsy	C2,5	57,50€	5€	62,50€	pas de MPA		
tous les 4 mois au lieu de 6 au 01/07/2013							
C2 des Anesthésistes si ASA > à 3	C2	46,00€	5€	51,00€	pas de MPA		
C2 des Chirurgiens (même si intervention urgente suit)	C2	46,00€	5€	51,00€	pas de MPA		
Pédiatre							
Consultation 0 à 25 mois	Cs + FPE(5€)	28,00€					
Consultation < 2 ans 0 à 25 mois	CS+FPE+MNP (3€)	31,00€			pas de MNP		
Consultation entre sortie maternité et 28ème jour	Cs + FPE + MNP + MBB (7€)	38,00€			pas de MNP		
Examens obligatoires du 8ème jour, du 9ème	Cs+FPE+MNP+MBB	38,00€			pas de MNP		
au 10ème mois, du 24ème au 25ème mois							
Consultation 26 mois à 6 ans	Cs + MPJ (5€) + MPE (3€)	31,00€			pas de MPJ ni MNP ni MPE		
Consultation 7 à 16 ans	Cs + MPJ	28,00€			pas de MPJ		
Consultation annuelle pour enfant en ALD	+MAS (10€) cumul MPJ FPE MNP MPE selon âge				pas de MPJ ni MNP ni MPE MPP		
Majoration pour grand prématuré ou M congenitale grave MPP 7/13					pas de MPP		
Psychiatre, Neurologue, Neuropsychiatre	, Emilia in Emilia salvalitage						
	CNPSY	37,00€	5€	42,00€	pas de MPA		
	CNPSY + MPC (majorée à 2,7€)	39,70€			pas de MPC majorée ni MPA		
	CNPSY+MPC+MCS (majorée à 4€)	43,70€	5€	48,70€	pas de MPC ni MCS ni MPA		
	CNPSY + MPC (majorée à 6,7€)	43,70€			pas de MPC majorée		
	C2,5	57,50€	5€	62,50€	pas de MPA		
Psychiatre							
	CNPSY +MPC (majorée) + MPF (10€)	53,70€			pas de MPC ni MCS		
Consultation annuelle de synthèse < 16 ans en ALD	CNPSY +MPC (majorée) + MAF (10€)	53,70€			pas de MPC ni MCS		
Consultation dans les 48H à la demande M Traitant	CNPSY*1,5	55,50€	5€	60,50€	pas de MPA		
Consultation coordonnée de sortie hospitalisation dans les 30 jours l	CNPSY +MPC (majorée à 2,7€) +MCS (majorée à 4€) + MSH (a	66,70€	5€	71,70€	pas de MSH		
CARDIOLOGUE							
Consultation specifique y compris ECG	CsC	45,73€	5€	50,73€	pas de MPA		
	CsC + MCC(3,27€)	49,00€			pas de MCC ni MPA		
	C2 + DEQP003	59,78€			pas de MPA		
	Cs+MPC+MCS+DEQP003	41,78€			pas de MCC ni MCS MPA		
	Cs*0,8+MPC+MCS+DEQP003	37,18€			pas de MCC ni MCS ni MPA		
	as operate criticar begrood	31,10 t	>€	42,10 t	pas ac Mice III Mice III MICA		
Consultation coordonnée de sortie hosp l cardiaque dans les 60 jours	or propose and (22.6)	59,78€			pas de MIC		

## Rien n'est simple!!!

