

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 (O I) + 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 : $V + VRD + GABD002 (O I) / 2$

2 : $GABD002 (O I) + VRD$

3 : $GABD002 (O I) + MD + F$

4 : $GABD002 (O I) + ID + F$

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 :

1 : C (Cs)+ DE

2 : C (Cs) + MIC

3 : C (Cs) +MSH

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, 9-10^{ème} mois, 24-25^{ème} 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 P S F

- 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

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 hors cabinet sur la visite de jour de semaine (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 au cabinet 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€)

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement		
								I.D. 2	I.K.	
									nbre	montant 3
03/07/2013	A		C + MN			58				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							58,00			

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 ou les actes de premier recours 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€

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								I.D.	I.K.	
									M.D.	nbre
03/07/2013	QAJA004	1			M	89,58				
J J M M A A A A					↑					
J J M M A A A A										
J J M M A A A A					Modificateur M					
J J M M A A A A					urgence au cabinet					
J J M M A A A A					(26,88€)					
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
						MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			89,58	

Exemple

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement		
								I.D. 2	I.K.	
									nbre	montant 3
03/06/2013	A			V	MU	45,60				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
<p style="text-align: center;">Majoration MU urgence hors cabinet Le jour de semaine (22,60€)</p>										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							45,60			

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

- **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)

Exemple

Visite non régulée le dimanche

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								I.D.	I.K.	
									M.D.	nbre
07/07/2013	A			V	MDD	45,60				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
= MDD, majoration Visite Dimanche 22,6										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)									45,60	

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								I.D. M.D.	I.K.	
									nbre	montant
07/07/2013				V	MDD	45,60		20	12,20	
J J M M A A A A					↑			↑	↑	
J J M M A A A A										
J J M M A A A A					= MDD, majoration Visite Dimanche 22,6					
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)						57,80				

IK nbre et montant

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:**

C + CRM (51,5€) = 74,50€

V+VRM(59,5€)= 82,5€ (+ - IK)

- **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 :
8 jours suivant naissance, 9 - 10^{ème} mois, 24 – 25^{ème} mois
C (V + MD) + MNO + FPE (5€)
- Consultation, Visite, enfant, 2 à 6 ans:
C (V + MD) + MGE (3€)

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^{ème} 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 2^{ème} mois): MIC +23€
 - Maladies chroniques (avant fin 1^{er} mois) : MSH + 23€
- **Honoraire de surveillance en établissement**
C*0,8 1^{er} au 20^{ème} jour C*0,4 21^{ème} au 60^{ème} 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**

(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% YYYYY490 (9,6€)

- Cumul à 50% **certificat internement à domicile**
K10 (K=1,92€)

Exemple

Détresse respiratoire YYYY010 et ECG DEQP003 au cabinet

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)											
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
					I.D. M.D.	I.K.					
									nbre	montant	
03/07/2013	YYYY010	1			M		74,88				
03/07/2013	DEQP003	1			9	2	6,89				
J J M M A A A A	Modificateur M										
J J M M A A A A	urgence au cabinet (26,88€)										
J J M M A A A A											
J J M M A A A A											
J J M M A A A A											
REGLEMENT (à remplir par le médecin)											
							MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			81,77	

Modificateur tarifaire cible

Code association CCAM À 50% car acte CCAM

Exemple

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)											
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
								I.D.	I.K.		
									M.D.	nbre	montant
03/07/2013				V	MU	42,60					
03/07/2013	DEQP003	1			9	13,78					
03/07/2013	YYYY490	1				9,60					
J J M M A A A A					Modificateur cible tarifaire						
J J M M A A A A										pas de code pour YYY490 car supplément ECG à domicile 100%	
J J M M A A A A					Supplément pour ECG à domicile						
J J M M A A A A											
							REGLEMENT (à remplir par le médecin)				
							MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		65,98		

Exemple

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS WNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement	
								I.D. M.D.	I.K. nombre montant
03/07/2013	YYYY010	1				48			
03/07/2013			MU			22,6			
03/07/2013	DEQP003	1			9 2	6,89			
03/07/2013	YYYY490	1				9,6			
J J M M A A A A					Modificateur tarifaire	Code association CCAM			
J J M M A A A A					Supplément taux plein cible pour ECG domicile	ECG à 50% car associé à acte CCAM			
REGLEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							87,09		

Exemple

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
03/07/2013	YYYY010	1			P	83		3,5		
03/07/2013	DEQP003	1			9 2	6,89				
03/07/2013	YYYY490	1				9,6				
J J M M A A A A					Modificateur tarifaire cible					
J J M M A A A A										Code association CCAM À 50%
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							102,99			

(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 **O9** (= 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 **9I**
- visage et mains profond 1 corps étranger QAGA004 **OX** plusieurs QAGA001 **9I**
- hors visage mains superf 1 corps étranger QZGA004 **X** plusieurs QZGA007 **9X**
- hors visage mains profond 1 corps étranger QZGA003 **OI** plusieurs QZGA006 **99**

- **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 I X M	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 I I 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 O9 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 O (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 www.csmf.org et c'est ce montant qui est repris dans cette présentation et sur la plaquette UNOF

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement		
								I.D. 2	I.K.	
									M.D. nbre	montant
02/07/2013	GABD002	1			O I M	52,20				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A	Modificateurs									
J J M M A A A A	cibles O (0,3%) et I (4,6%)									
J J M M A A A A										Modificateur urgence au cabinet
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)										52,20

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 O de 0,30% à 0,6% et pour le I de 4,6% à 9,2%, ce qui donnera alors 26,51€ (O I) + le M 26,88€ = 52,20€, seule somme à inscrire.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement		
								I.D.		I.K.
								M.D. 2	nbre	montant 3
03/07/2014	GABD002	1			O I M	53,39				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A	Modificateurs cibles O (0,6%) et I (9,2%)									
J J M M A A A A										
J J M M A A A A									Modificateur urgence au cabinet	
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
						MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)			53,39	

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	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement	
								I.D. 2	I.K. montant
03/01/2015	GABD002	1			M	54,60			
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
REGLEMENT (à remplir par le médecin)						MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		54,60	

Modificateur urgence
au cabinet

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement		
								ID. M.D. 2	I.K. nbre montant 3	
02/07/2013	QZGA004	1			X	33,47				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A		Modificateur cible								
J J M M A A A A		X +8%								
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)									33,47	

Le QZJAO04 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 € ⁽¹⁾
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	53,70 € ⁽¹⁾
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	52,59 € ⁽¹⁾
MZMP013 M 9I	Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	57,25 € ⁽¹⁾
NFMP001 M	Confection d'une contention souple du genou	68,68€ ⁽¹⁾
NGMP001 M	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée	47,78 € ⁽¹⁾
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 € ⁽¹⁾
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 € ⁽¹⁾

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement		
								ID. M.D. 2	I.K. nbre 3	montant 3
02/07/2013	MZMP004	1			I M	53,70				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A					Modificateur cible					
J J M M A A A A					I +4,6%					Modificateur urgence 26,88€
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)										
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)							53,70			

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 9X	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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement	
								I.D. M.D. 2	I.K. nbre montant 3
02/07/2013	NZJB001	1			9 X	51,74			
J J M M A A A A									
J J M M A A A A		2 modificateurs cible							
J J M M A A A A		9 (+ 1,9%) X (+8%)							
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

REGLEMENT (à remplir par le médecin)	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)	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 ⁽¹⁾ 9 (23€+13,78€)	36,78 €
ECG à domicile <i>Ajouter les IK si nécessaire</i>		
Visite avec ECG	VS ou V +MD + DEQP003 9 YYYY490 ⁽²⁾ (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 patient

ECG et C CS

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY VNSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	I.K. nbre	I.K. montant
02 07 2013			C ou CS		23				
02 07 2013	DEQP003	1		9	13,78				
				↑					
			Modificateur cible						
			9 = +1,9% augmente le tarif de 13,52€ à 13,78€						
					MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		36,78		

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

ECG et V VS

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								I.D. M.D.	nbre	I.K. montant
0 2 07 2013					V ou VS +MD	33				
0 2 07 2013	DEQP003	1			9	13,78				
0 2 07 2013	YYYY490					9,60				
REGLEMENT (à remplir par le médecin)						MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		56,38		

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 ⁽³⁾ + M ⁽¹⁾ (48€ + 26,88€)	74,88 €
Détresse hors du cabinet le <u>jour</u> de <u>semaine</u> avec la MU <i>Ajouter les IK si nécessaire, pas ID ni P,S,F</i>		
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 ⁽²⁾ (48€+22,60€)	51,50 € 70,60 €

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

(1) M	liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet
(2) MU	majoration d'urgence pour actes hors cabinet le jour
(3) 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€)

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)										
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P..) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement		
								I.D.	I.K.	
									M.D.	nbre
02 07 2013	YYYY010	1			M	74,88				
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
J J M M A A A A										
REGLEMENT (à remplir par le médecin)						MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)		74,88		

Code de l'acte

Modificateur M

Détresse avec ECG

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

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

(1) M 26,88€	liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet
(2) 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)

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)													
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement				
					1	2			I.D. M.D.	I.K.			
			nbre	montant									
03/07/2013	YYYY010	1			M		74,88						
03/07/2013	DEQP003	1			9	2	6,89						
J J M M A A A A	Modificateur M urgence au cabinet (26,88€)												
J J M M A A A A													
J J M M A A A A													
J J M M A A A A													
J J M M A A A A													
REGLEMENT (à remplir par le médecin)													
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)													81,77

Modificateur tarifaire cible

Code association CCAM à 50% car acte CCAM

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

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)												
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM		montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement			
					1	2			I.D. 2	I.K.		
							nbre	montant				
03/07/2013	YYYY010	1			M	P	109,38					
03/07/2013	DEQP003	1			9	2	6,89					
J J M M A A A A	Modificateur M urgence au cabinet (26,88€)											
J J M M A A A A												
J J M M A A A A												
J J M M A A A A												
J J M M A A A A												
REGLEMENT (à remplir par le médecin)												
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)								116,27				

Modificateur tarifaire cible

Code association CCAM à 50% car acte CCAM

Détresse avec ECG YYYY010 et ECG DEQP003 à domicile le jour semaine (ajout de MU pas de M)

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés 1	dépass.	frais de déplacement	
								I.D. 2	I.K. nbre 3
03/07/2013	YYYY010	1				48			
03/07/2013		MU				22,6			
03/07/2013	DEQP003	1			9 2	6,89			
03/07/2013	YYYY490	1				9,6			
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									

Supplément taux plein pour ECG domicile

Modificateur tarifaire cible

Code association CCAM À 50%

REGLEMENT (à remplir par le médecin)

MONTANT TOTAL en euros (1+2+3) 87,09

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€)

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activité	C,CS CNPSY	VVS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	dépass.	frais de déplacement	
								I.D. M.D.	I.K. nbre / montant
03/07/2013	YYYY010	1			P	83		3,5€	
03/07/2013	DEQP003	1			9 2	6,89			
03/07/2013	YYYY490	1				9,6			
J J M M A A A A					Modificateur tarifaire cible				
J J M M A A A A									Code association CCAM À 50%
J J M M A A A A									
REGLEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)								102,99	

Supplément taux plein pour ECG domicile

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

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 médicamenteux**
 - **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 <i>06H à 08H (en cours de suppression)</i>
S	40 €	pédiatres et médecine générale de 00H à 6H devrait devenir 06H 08H (<i>en cours</i>) + 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 €	Dimanche ou jour férié toutes spécialités
U	25,15 €	Nuit entre 20H et 8H autres spécialités que MG Péd

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 néonatalogie 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)

CONSULTATIONS		MEDECINE GENERALE sans REGULATION		sur REGULATION		ASTREINTE régulée	
majorations NGAP au cabinet	Consultation DIMANCHE FERIE (si de garde à partir Samedi 12 à 20H)	C+ F (19,06)	42,06 €	C+CRD (26,5)	49,50 €	D JF 8h - 20 h <i>PRD</i>	150,00 €
	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 JUSTIFIEES (ajouter les IK s'il y a lieu)				+ IK eventuels		MEDECIN REGULATEUR	
majorations NGAP à domicile	Visite DIMANCHE FERIE (et Samedi après midi 12 à 20H)	V+ MDD (22,6)	45,60 €	V+VRD (30)	53,00 €	D JF Nuit <i>REG</i>	70€/heure (+ si accord local)
	Visite NUIT 20-24 06-08h	V+ MDN (38,5)	61,50 €	V+VRN (46)	69,00 €		
	Visite NUIT 00-06h	V+ MDI (43,5)	66,50 €	V+VRM (59,5)	82,50 €		
	si ECG ajouter en plus à taux plein (et supplément pour ECG au domicile)	DEQP003 YYYY490	13,52 € 9,60 €				
	Visite en URGENCE le jour (non cumul avec majorations Nuit D JF MD, + IK eventuels) (quitter en urgence le cabinet)	V+ MU (22,60)	45,60 €	si acte uniquement CCAM			
	Visite en URGENCE le jour avec ECG (supplément pour ECG au domicile)	V+ MU (22,60) DEQP003 YYYY490	45,60 € 13,52 € 9,60 €	Modificateur acte CCAM: S 00H à 08H 40€ MG Pediatre non appl majos NGAP P 20H à 00H 35€ MG Pediatre F D JF 19,06€ D ou JF U 25,15€ 20h - 08H			
		= 68,72 €					
AUTRES ACTES D'URGENCE + à domicile ID (3,5€) sauf si MU + IK eventuels							
detresse (ex K25)	Detresse resp cardiaque allergique	YYYY010	48,00 €	YYYY010 à domicile le jour de semaine			
	traumatique agitation mal comitial (peut être associé au modificateur M si au cabinet, au MU si à domicile)			YYYY010 + MU +IK eventuels (pas ID) 70,60 €			
	cumul avec modificateurs F (dimanche: fériés), P nuit (20h - 0h):		19,06 €	YYYY010 à domicile la nuit, JF			
	S nuit (00h - 08h):		35,00 €	YYYY010 + P (35€ 20h 00H) + ID +IK ev 86,50 €			
au cabinet (ex K14 de MSU)	en dehors d'un etablissement de soins		40,00 €	YYYY010 + S (40€ 00h 08H) + ID +IK ev 91,50 €			
	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du MG ou pédiatre, après examen en urgence (ex K14 de majoration soins urgence MSU cabinet)	M (modificateur)	26,88 €	YYYY010 + F (19,06€) + ID +IK ev 70,56 €			
	s'applique sur une liste precise d'actes dont YYYY010cumul avec majo. F P S			YYYY010 au cabinet			
hors cabinet (quittter en urgence le cabinet)	Majoration d'urgence pour actes réalisés hors du cabinet MG Péd	MU	22,60 €	YYYY010 + M (Maj F P S possible) 74,88 €			
	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 Internemen (Titre XIII, Ch 2, NGAP) si à domicile	peut être ajouté à diviser par 2 (K=1,92)	K10 divisé par 2 =	9,60 €				

Tableau des Consultations 2013 avec sect.2 V11 01/07/2013		MPA			
Spécialités	Cotation	Valeur	sect 1	Valeur/réglé par Caisse	secteur 2 pas de MPA
Médecine générale					(sauf CMU ACS)
Consultation	C ou Cs + majorations PDS éventuelles	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+majorations PDS éventuelles	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
Avis Consultant	C2	46,00 €	5 €	51,00 €	pas de MPA
<i>tous les 4 mois au lieu de 6 au 01/07/2013</i>					
Consultation 0 à 24 mois	C ou Cs + MNO (5€)	28,00 €			
Examens obligatoires du 8ème jour, du 9ème au 10ème mois, du 24ème au 25ème mois	C ou Cs + MNO +FPE(5€)	33,00 €			
Consultation 2 à 6 ans	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
Insuffisants cardiaques (avant fin du 2ème mois)	C ou Cs+MIC non cumul avec MSH				pas en secteur 2
Maladies chroniques (avant fin du 1er 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 (éventuellement C2)	36,78 €	5 €	41,78 €	pas de MPA
Prélevement cervico vaginal =JKHD001/2 (10,59/2 5,29€)	C ou Cs + JKHD001/2 (éventuellement 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					
Consultation	Cs	23,00 €	5 €	28,00 €	pas de MPA
Consultation non coordonnée	Cs + MPC (2€)	25,00 €	5 €	30,00 €	pas de MPC MPA
Consultation coordonnée	Cs + MPC + MCS (3€)	28,00 €	5 €	33,00 €	pas de MPC MCS MPA
Consultation < à 16 ans	Cs + MPC (majorée à 5€)	28,00 €			pas de MPC majorée
Avis Consultant 1Cs synthèse après possible si pas d'actes technique	C2	46,00 €	5 €	51,00 €	pas de MPA
<i>tous les 4 mois au lieu de 6 au 01/07/2013</i>					
Avis Consultant Psy,Neuro, Neuro psy 2 CS après possible Psy Npsy	C2,5	57,50 €	5 €	62,50 €	pas de MPA
<i>tous les 4 mois au lieu de 6 au 01/07/2013</i>					
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 au 10ème mois, du 24ème au 25ème mois	Cs + FPE + MNP + MBB	38,00 €			pas de MNP
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 congénitale grave MPP 7/13	+MPP (5€) cumul avec MPJ FPE MNP MPE MBB suivant âge				pas de MPP
Psychiatre, Neurologue, Neuropsychiatre					
Consultation	CNPSY	37,00 €	5 €	42,00 €	pas de MPA
Consultation non coordonnée	CNPSY + MPC (majorée à 2,7€)	39,70 €	5 €	44,70 €	pas de MPC majorée ni MPA
Consultation coordonnée	CNPSY + MPC + MCS (majorée à 4€)	43,70 €	5 €	48,70 €	pas de MPC ni MCS ni MPA
Consultation < à 16 ans	CNPSY + MPC (majorée à 6,7€)	43,70 €			pas de MPC majorée
Avis Consultant C2,5	C2,5	57,50 €	5 €	62,50 €	pas de MPA
Psychiatre					
Consultation famille < 16 ans	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	CNPSY + MPC (majorée à 2,7€) + MCS (majorée à 4€) + MSH (2	66,70 €	5 €	71,70 €	pas de MSH
CARDIOLOGUE					
Consultation spécifique y compris ECG	CsC	45,73 €	5 €	50,73 €	pas de MPA
Consultation spécifique y compris ECG	CsC + MCC(3,27€)	49,00 €	5 €	54,00 €	pas de MCC ni MPA
Avis Consultant avec ECG	C2 + DEQP003	59,78 €	5 €	64,78 €	pas de MPA
Consultation avec ECG	Cs + MPC + MCS + DEQP003	41,78 €	5 €	46,78 €	pas de MCC ni MCS MPA
Consultation avec ECG sur patient hospitalisé	Cs *0,8 + MPC + MCS + DEQP003	37,18 €	5 €	42,18 €	pas de MCC ni MCS ni MPA
Consultation coordonnée de sortie hosp i cardiaque dans les 60 jours	Cs + DEQP003 + MIC (23€)	59,78 €	5 €	64,78 €	pas de MIC

Rien n'est simple !!!

