



**QUEL USAGE DES NOUVELLES NOMENCLATURES ?
COMMENT ORGANISER SON MÉTIER POUR AMÉLIORER SON
TRAVAIL ?**

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Thème septembre 2022

**Rédacteurs du dossier: Kristell LE CARRE, Vincent LOGETTE
Relecteur, contributeur : Hervé LE NEEL**

C'est la rentrée !

Coter les actes, une nomenclature, pourquoi une nomenclature et encore mieux , pourquoi DEUX nomenclatures, celle des « actes clés » , la NGAP et celle des actes techniques, la CCAM.

Ce sont les fruits du système conventionnel, construit au fil des ans depuis les 70's, issus d'âpres et longues négociations entre les syndicats de médecins libéraux, qui nous représentent, et l'assurance maladie qui rembourse les assurés sur ces bases conventionnelles.

Soyons un peu clairs, l'assurance maladie ne nous rémunère pas à travers cette nomenclature : Son usage permet le remboursement des assurés auprès de « l'assurance maladie » AM, pour des actes qui relèvent de cette assurance. Le dispositif de tiers payant est une facilité de règlement qui permet à l'assuré d'engager moins ou pas du tout de dépense à titre personnel, que ce soit optionnel ou réglementaire (AT/MP, CMU, CSS..). Les médecins libéraux « conventionnés » s'engagent, par défaut, à respecter le fonctionnement conventionnel et, pour ceux en « secteur 1 » de la convention, à respecter les tarifs « opposables », ceux des nomenclatures. Ceux qui sont en « secteur 2 » peuvent s'affranchir de ces tarifs dans des conditions précisées dans la convention, et permettre le remboursement de leurs patients sur la base des tarifs opposables.

En Bretagne, qui est la région française où le secteur 1 est, de loin, le plus majoritaire, la question du secteur 2 en médecine générale est devenue anecdotique. Tout comme les médecins généralistes non-conventionnés (1,2% en France), dont les patients sont remboursés au « tarif d'autorité » , 0,61 € la consultation en médecine « générale » et 1,22 en médecine « spécialisée » (hem).

Donc, une convention pour des actes **relevant d'une** prise en charge par l'assurance maladie.

Et, pour les actes ne relevant PAS de la convention ?

C'est très simple, pas de règle conventionnelle.

Ainsi, les divers certificats ou dossiers destinés aux assureurs privés pour divers motifs, les certificats de coups et blessures, de détermination d'IPP ou d'ITT, et autres actes médico-légaux **non décrits** dans la convention n'ont ici aucune place, ils relèvent d'une entente directe avec le patient , OU avec un assureur-tiers qui propose ou fixe ses tarifs, OU avec l'Etat en cas de réquisition..

. Avec le patient, ils répondent à la « règle » ordinaire du discernement, historiquement « tact et mesure ». On peut s'appuyer sur le temps passé, sur la difficulté, l'expertise, l'urgence, faire des actes gratuits, comme on veut, mais utiliser une cotation conventionnelle dans ces situations relève ici simplement de l'escroquerie à l'AM et, bien sur, il existe une jurisprudence sur le sujet avec un risque de condamnation au motif d'avoir permis au patient de bénéficier d'avantages qui ne lui sont pas dus.

Donc l'assurance maladie pour les actes **relevant de la convention**.

Bien sur, le système se complexifie à chaque nouvelle convention, notamment depuis l'apparition en 2004 de la CCAM – Classification Commune des Actes Médicaux - concernant les actes techniques, qui tient compte de l'expertise nécessaire, du temps passé, de la difficulté, du coût de la pratique – avec un « point » calculé en 2005 et non réévalué depuis -

La CCAM utilise 4 lettres et 3 chiffres qui bien sur répondent à des principes

- ! 1ere lettre : désignation de l'appareil ;
- ! 2e : l'organe ou la fonction dans l'appareil ;
- ! 3e : l'action effectuée ;
- ! 4e : le mode d'accès ou la technique utilisée.

Puis, les actes ayant les mêmes codes sur les 4 lettres sont distingués par une combinaison à 3 chiffres.

Ceux qui souhaiteraient approcher les affres des syndicalistes libéraux sur ces négociations pourront consulter un site (1) ou d'autres qui permettent de mesurer la dévotion de nos représentants.(1)

Deux animateurs de groupes qualité ont fourni un travail conséquent avec :

- ! Pour l'une l'actualité de l'avenant 9, son impact sur vos pratiques, vos cotations et... vos recettes.
- ! Pour l'autre le grand tour des arcanes conventionnelles, découverte du « paysage » conventionnel, ses niches, ses surprises... : Un véritable tourisme de rentrée.

Ces contributions ont pour objet d'y comprendre quelque chose et surtout de s'approprier toutes les excellentes raisons de coter de façon appropriée, qui vont de la reconnaissance à la rémunération.

Dans la pratique, les choses sont **simples** par l'usage de logiciels et de sites, nous y reviendrons.

Nous verrons aussi l'intérêt d'utiliser convenablement les cotations, pour chacun d'entre nous, pour nos patients, pour la qualité de notre travail mais aussi pour nous tous, collectivement.

L'avenant 9

Signée le 25 Aout 2016, la convention médicale actuelle en est à son 9ème avenant. L'avenant 9 qui est entré en vigueur le 1er avril dernier, s'inscrit dans le contexte particulier de la crise sanitaire de la Covid-19 . Il vient apporter des propositions afin d'adapter notre système de santé pour mieux prendre en compte les besoins des assurés et des professionnels de santé libéraux mis en exergue durant cette crise.

Cet accord a en particulier 4 objectifs :

Renforcer l'accès aux soins pour les publics prioritaire	<ul style="list-style-type: none">○ favorisant l'autonomie des personnes âgées en encourageant leur prise en charge à domicile ;○ améliorant la prise en charge de la santé mentale et la prise en charge des enfants ;○ renforçant l'accès aux soins et aux droits des personnes en situation de handicap ;
Mettre en place une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés	<p>établissant un système de régulation et de mobilisation des médecins du territoire ;</p> <p>donnant un cadre clair pour les expérimentations en vue de la généralisation du service d'accès aux soins (SAS) ;</p>
Consolider le parcours de soin en soutenant notamment les spécialités cliniques et en fixant un nouveau cadre à la téléconsultation et à la téléexpertise.	
Accompagner le virage numérique de la médecine de ville.	

La NGAP

Parmi les nouveautés de l'avenant 9, pour le médecin généraliste, dans la NGAP :

! **La Visite Longue (VL)** voit son champ d'application élargi aux patients en **ALD de plus de 80 ans** (en plus des indications déjà actées de maladie neurodégénérative, soins palliatifs, et première visite à domicile pour un patient en ALD ou de plus de 80 ans qui change de médecin traitant), et peut se facturer désormais au maximum 4 fois par an à raison *d'une fois par trimestre*, sauf pour les patients en soins palliatifs pour qui ça reste 4 VL par an.

! **La consultation très complexe (MPH)** permettra de valoriser à 60€ le **premier remplissage intégral du dossier MDPH d'un patient**. Les conséquences d'un handicap sur la vie quotidienne relèvent bien de l'expertise médicale, afin que votre patient puisse bénéficier des dispositions auxquelles il a droit, et le temps d'établir ce certificat est enfin reconnu et valorisé.

On peut citer aussi :

! Pour les patients atteints d'un **handicap**, la consultation « blanche » (de découverte sans examen clinique) est facturable comme une consultation régulière à 25 €.

! Le bilan de santé par les généralistes et les pédiatres des **enfants admis à l'aide sociale à l'enfance** relève désormais d'une consultation complexe (ASE à 46 €).

La télémedecine

L'avenant 9 apporte aussi des modifications concernant la télémedecine et plus particulièrement au niveau de la **téléexpertise**.

Dorénavant, la téléexpertise peut concerner tous les patients. La cotation est simplifiée avec disparition de l'acte TE1. Toutes les téléexpertises sont cotées **TE2** (20€) pour le médecin requis, avec un maximum de 4 par an pour un même patient.

Tous les professionnels de santé peuvent être à l'origine de la demande. Le médecin demandeur utilise la nouvelle cotation **RQD** (10€).

Seule contrainte : utiliser une messagerie sécurisée pour communiquer et archiver les échanges dans le dossier patient.

A noter que la télémedecine ne peut pas représenter plus de 20 % de l'activité d'un médecin.

Le forfait structure

Une autre évolution due à l'avenant 9 concerne la rémunération des forfaits et notamment des évolutions au niveau du forfait structure avec l'apparition de nouveaux indicateurs pour favoriser le recours au numérique en santé :

Alimentation du dossier médical partagé au sein de Mon espace santé	Indicateur dès 2022	20 % de consultations donnant lieu à une alimentation d'un document dans le DMP	40 points*
Usage de la messagerie sécurisée MSSanté pour valoriser les échanges effectués de manière sécurisée avec les patients dans le cadre du service Mon espace santé	Indicateur dès 2022	5% de consultations comprenant un échange par courriel sécurisé avec le patient via la messagerie de Mon espace santé	40 points
Usage de l'e-prescription pour sécuriser et fluidifier le circuit de l'ordonnance	Indicateur dès 2023	50% des prescriptions sont réalisées via le service d'e-prescription.	40 points
Usage de l'appli carte Vitale (apCV)	Indicateur dès 2023	5% des FSE sont réalisées avec l'e-carte Vitale	40 points

* Pour rappel, 1 point = 7 €

À partir de 2023, l'équipement en logiciel « **référéncé Ségur** » devient un indicateur socle du volet 1 du forfait structure (indicateur qui se substitue aux 2 indicateurs actuels du volet 1 : disposer d'un logiciel DMP compatible et disposer d'une messagerie sécurisée de santé).

L'installation d'un logiciel référencé Ségur est financée par l'État. Ce dispositif de financement est mis en place directement auprès des éditeurs de logiciels qui s'engagent dans la procédure de référencement des logiciels métiers. L'objectif est de les rendre interopérables, équipés d'un module de e-prescription et compatibles avec Mon espace santé (facilitation de l'alimentation, de la consultation des DMP et de l'utilisation de la messagerie sécurisée MSSanté).

Le forfait structure inclut aussi désormais le déploiement du **service d'accès aux soins (SAS)** par la valorisation de l'engagement des médecins libéraux dans la participation et la prise en charge de patients en soins non programmés.

Les médecins assurant des soins non programmés (SNP) dans le cadre du SAS sont rémunérés suivant les indicateurs 8 et 9 du forfait structure :

! Indicateur 8 : réévaluation à 200 points, soit 1400€,

! Indicateur 9 : rémunération selon le nombre de SNP pris en charge par trimestre

A noter : l'indicateur 8 est soumis à deux conditions :

1. Ouvrir la prise de RDV en ligne à des patients non connus au moins 2h par semaine
2. Être inscrit au SAS ou à une CPTS y participant

Pour le médecin régulateur, la rémunération est fixée à 90€/heure.

Enfin, en parallèle du forfait structure est créé un forfait temporaire pour l'élaboration du **volet de synthèse médicale** (VSM). il vise à accompagner les médecins traitants dans la montée en charge de la saisie dans leurs logiciels des volets de synthèse médicale (VSM). En effet, ces VSM constituent un outil clé pour le suivi du patient et la bonne coordination des soins au sein du parcours.

La rémunération forfaitaire dépend du taux d'alimentation :

- ! 1 500 € : VSM alimenté dans le DMP pour au moins 50 % de la patientèle ALD ;
- ! 3 000 € : VSM alimenté dans le DMP pour au moins 90 % de la patientèle ALD.

Ce forfait est pondéré par la taille de la patientèle du médecin traitant sur la base de la patientèle de référence retenue pour le calcul de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Une majoration de 20 % de la rémunération est appliquée si au moins 1/3 des VSM sont au format structuré dans le format conforme au cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).

La période d'observation pour le calcul de la rémunération est du 01/01/2022 au 30/06/2023 avec un versement au cours du 2nd semestre 2023.

Les Cotations en médecine générale

Les cotations pour le médecin généraliste, c'est un peu comme les toilettes Japonaises pour le touriste : Il y a plein de possibilités, mais on ne les comprends pas ni ne sait à quoi ça peut bien servir, donc on n'utilise que la chasse principale... Et c'est bien dommage ! Autant de possibilités qui peuvent rendre l'expérience plus confortable !! C'est exactement la même chose en médecine générale : pour la pratique, la cotation (remise par l'Assurance Maladie avec sa notice en Japonais), bien appliquée, peut rendre l'exercice plus agréable car mieux valorisé.

Comme vu sur le site web d'un syndicat : « bien coter, c'est savoir valoriser sa pratique ».

Et pas seulement, bien coter, c'est aussi porter à la connaissance de l'AM, régulateur du système de soins par son rôle assurantiel, la pratique quotidienne des médecins généralistes.

Ainsi, ne pas utiliser la cotation de diagnostic et suivi d'une dépression, c'est envoyer le message que le médecin ne prend pas le temps de considérer l'état dépressif du patient, prescrit un anti-dépresseur en 10 mn et le maintient au long terme sans autre procédure. Ne pas évaluer un état cognitif de la personne âgée par une cotation, c'est envoyer le message que ces états ne sont ni considérés ni pris au sérieux par les médecins traitants. Ne pas utiliser la visite longue VL, c'est supposer que des visites sont réalisées en coup de vent avec un renouvellement où seule l'imprimante travaillerait...

Nous sommes attachés à produire des soins avec une exigence de qualité, et nous pouvons à la fois la rendre visible et plus justement rémunérée. Nous avons les moyens d'une reconnaissance individuelle et collective, au moins partielle, de la qualité de notre travail : Nous devons les utiliser.

Bien coter, c'est aussi pouvoir organiser son travail, prendre du temps lorsqu'il est nécessaire, en étant honoré en adéquation avec le temps passé, pouvoir investir plus dans sa formation, son outil de travail.

Pour une bonne partie d'entre nous, la cotation se résume en fin de consultation à quelques lettres clés :

- ! G = 25 euros pour la consultation de base, dès l'âge de 6 ans
- ! VG (25) + MD (10, 04) = 35,04 euros pour la visite à domicile **justifiée** – votre visite a été majorée de 4 centimes le 25 avril, lié aux prix des carburants, à titre temporaire faut pas exagérer- (voir les IK ci-dessous)
- ! G + MEG = 30 euros pour la consultation avant 6 ans
- ! Et pour ceux un peu plus au courant : G + DEQP003 (ECG) = 25 + 14,26 = 39,26 euros

Il est vrai qu'il assez tentant de se dire que « on est là pour faire de la médecine, pas de la compta ou de l'absurdité administrative ». Oui ! Mais en prenant juste 5 sec de plus pour réfléchir, il y a aisément moyen de valoriser son travail de 10 à 30% en fin de journée... faites le calcul : ça fait beaucoup !

ça veut dire :

- ! Possibilité de réduire d'autant le flux de consultations pour pouvoir prendre plus de temps pour chaque patient, avec des honoraires totaux équivalents à « avant » la bonne cotation, avec une cadence plus agréable, plus humaine (conditions plus agréables qui déboucheront aussi à une tendance plus forte à l'installation à terme...espérons le)

Ou

- ! A durée de consultation conservée (car vous faisiez déjà la médecine que vous rêvez de faire sans vous mettre la pression du temps, même inconsciemment), ça veut dire 20% des honoraires journaliers supplémentaires qui peuvent être réinvestis dans le cabinet, son personnel, dans de la formation, dans du temps de congés pour récupérer un peu de vie personnelle...

Bien savoir coter ne veut pas dire connaître TOUTES les cotations par cœur, évidemment !

Sans doute est il utile d'en connaître les plus courantes pour y penser systématiquement. Le plus simple est d'avoir une plaquette (ameli, syndicats) avec une 50aine des actes les plus courants, et d'avoir le réflexe d'y penser. Surtout y penser.

Bien coter, c'est savoir se poser la question **SYSTEMATIQUEMENT** « l'acte que je fais sort du cadre de la consultation de base...n'y aurait-il pas une cotation qui lui soit propre, me permettant de mieux valoriser cette pratique ? »

On entend souvent des consœurs et confrères dire qu'ils ne cotent pas « parce que c'est compliqué », ou « parce qu'ils n'ont pas le réflexe d'y penser », ou encore « parce qu'il y a un sentiment d'abuser ».

Bien coter, ce n'est abuser personne. Les cotations NGAP foisonnent, issues des négociations conventionnelles. Une nouvelle cotation est, dans ce cadre, une solution de circonstance qui reporte la reconnaissance que globalement l'exercice se complexifie (technicité croissante, évolution rapide des connaissances, démographie médicale anémiée , population de plus en plus vieillissante et polypathologique) , justifiant et nécessitant d'augmenter la valeur du G ...visiblement non indexée sur le le coût du timbre (majoration à 25 euros définie en 2012 et applicable depuis 2017...).

Certes, il existe un complément à la rémunération à l'acte : les forfaits.

- ! Combien d'entre nous sont capables de prévoir à l'avance le montant de leur forfait, de prévoir son évolution d'années en années, et de définir si le montant de l'année en cours correspond **exactement** à ce qu'il aurait dû percevoir ?
- ! Les rémunérations forfaitaires ont l'avantage politique de leur invisibilité auprès de la population, c'est aussi un inconvénient en matière de reconnaissance professionnelle.

Savoir bien coter son acte, c'est garder aussi le contrôle sur son exercice et sa valorisation.

Après avoir évoqué le pourquoi du comment de la juste cotation, voici **quelques exemples** les plus courants et pourtant les plus souvent oubliés. Les cotations suivantes seront illustrées puis décrites plus précisément.

! **L'ECG :**

Une patiente vient vous voir pour douleur thoracique, et vous réalisez à juste titre un ECG ;

- o coter : G (consultation base) + DEQP003, soit $25 + 14,26 = 39,26 \text{ €}$
- o Cas particulier : s'il est réalisé à domicile, il faut rajouter la cotation YYYY490 (9,60€), soit $VG + MD + DEQP003 + YYYY490 = 58,90 \text{ €}$ (en tenant compte de la majoration temporaire de la MD à 10,04€, simple, non ?non...)

! **L'adressage en urgence**

Un patient vient avec un mollet induré douloureux, chez qui vous suspectez une TVP. Vous décrochez alors votre téléphone pour appeler l'angiologue, qui reçoit rapidement le patient.

- o Ce temps de correspondance urgente est valorisable par la majoration MUT : soit $G (25) + MUT (5) = 30\text{€}$
- o Attention : le RDV doit être **dans les 48h** (why ? Quid des RDV rapides obtenus en 96h ? Sommes-nous responsables des délais??)
- o Valable pour TOUT spécialiste correspondant, même ceux auxquels on ne penserait pas au prime abord : urgentiste, radiologue...

! **La coordination avec le MT :**

Vous recevez une patiente en vacances dans la région, pour qui vous effectuez des soins nécessitant une transmission (même sommaire) à son médecin traitant, que vous lui remettez.

- o Vous pouvez valoriser cette coordination, soit $G(25) + MCG(5) = 30\text{€}$

C'est fondé aussi si le médecin du patient du coin est en vacances (ou absent) et que vous pensez cette transmission nécessaire.

! **L'évaluation d'une dépression :**

Vous évaluez un patient en dépression, en utilisant et notant dans le dossier un des tests suivants :

Évaluation par échelle psychiatrique MADRS, Hamilton, Beck, MMPI, STAI

- o Ce temps d'entretien et d'évaluation est valorisable : ALQP003 = 69,12 €
- o Utilisable 1 fois par an par patient

! **L'évaluation de troubles cognitifs :**

Vous évaluez un patient pour des troubles cognitifs à l'aide de tests validés pour cette cotation (dont le MMSE ou le Test de Dubois **ne font pas partie**) . Le test le plus simple, qui nécessite 10 à 15 mn, étant le test des 15 mots de Rey.

- o Ce temps est cotable : ALQP006 = 69,12€
- o Utilisable 1 fois par an par patient

! **La Consultation Obligatoire de l'Enfant**

Vous recevez un enfant pour une des consultations obligatoires (et plus longue) de l'enfant

- o Cotez l'acte COE = 46 €, avec TP AMO possible à 100%
- o Utilisable pour la visite J8, M9 et M24

! **Le Frottis cervico-utérin :**

Vous réalisez, au cours du suivi d'une de vos patientes, le frottis CU dans le cadre du , dépistage organisé du CCU :

- 12 vous pouvez coter JKHD001 (12,46) en plus du G (exception avec l'ECG à la règle de non-cumul NGAP-CCAM)
- 22 Soit G + JKHD001 = 37,46 €
- 32 Utilisable chez les patientes de 25 à 65 ans, une fois par an pendant 2 ans puis tous les 3 ans si les 2 premiers sont normaux, conformément aux recommandations de dépistage.

! **L'annonce de pathologie grave (cancer ou neurodégénérative)**

Vous prenez le temps de recevoir et d'annoncer à votre patient que, malheureusement, vous venez de lui découvrir un cancer ?

- o Ce temps, humain et nécessaire, est valorisé par la majoration MTX (30)
- o Soit G + MTX = 55 euros(
- o Attention : utilisable 1 seule fois PAR patient, TOUT spécialiste confondu (il faut être sûr que le patient n'a pas déjà eu cette annonce par le spécialiste, ce qui est souvent le cas). Il est regrettable que, en ce cas, le médecin traitant ne puisse effectuer une 2e fois cette facturation, tant la traduction du discours du premier médecin nécessite souvent du temps, de l'écoute et de l'appropriation.

! **Urgence adressée par le 15 (sous condition stricte...)**

Vous recevez un patient adressé par le 15, si c'est un de vos patients « traitant » :

- o Vous pouvez coter la majoration MRT : soit G(25) + MRT(15) = 40 euros
- o Attention : Utilisable uniquement si vous êtes le MT du patient adressé par le 15...plutôt rare comme situation

Concernant les visites :

Visite de Sortie d'hospitalisation :

Votre patient sort d'hospitalisation pour un problème « complexe » (hors chir programmée simple) ?

Vous pouvez coter la majoration MSH : soit VG (25) + MD (10) + MSH (23)= 58€

Attention : cotable **uniquement dans le mois suivant** la sortie d'hospitalisation

Sortie d'hospitalisation après insuffisance cardiaque

Votre patient sort d'une hospitalisation pour insuffisance cardiaque ?

Vous pouvez coter la majoration MIC : soit VG + MD +MIC (23)= 58 €

Cotable **dans les 2 mois suivants** la sortie d'hospitalisation

Les indemnités kilométriques

Vous allez voir un patient qui ne peut se déplacer, à 15km ?

Cotez les IK (Indemnités kilométriques) en plus de la MD : 0,62€/km – 0,61 jusqu'ici MAIS disposition de majoration temporaire de 1 centime depuis le 25 avril, liée au prix du carburant et transitoirement reconduite après le 1er juillet, complémentaire de la remise à la pompe (et cumulable, yes!!), 1ere majoration IK en 25 ans, c'est à noter...

A savoir qu'il faut déduire 2 km par aller ET par retour, soit, dans notre exemple : (15km x 2) - 4 km = 26km x 0,62 = 16,12 €.

Attention : la visite **doit avoir lieu dans une autre commune** que celle du cabinet... attention aux communes regroupées sous une seule bannière...

Faible valorisation du temps de déplacement du médecin se déplaçant à domicile, visiblement oublié de « l'accès aux soins ».

La Visite Longue

Vous allez voir votre patient atteint de maladie neuro-vegetative à domicile pour faire le point avec lui et son entourage

Vous pouvez coter une VL (visite longue) + MD, soit 60 + 10 =70€ (enfin, 70,04 €...)

Utilisable, depuis 04/22, 4 fois par an pour tout patient atteint de pathologie neurodégénérative, **ou patient > 80 ans ET en ALD**.

Il s'agit là **d'une des cotations les plus importantes**, valorisant ENFIN la complexité du suivi des patients polyopathologiques et/ou lourds à domicile...quid de ce même exercice au cabinet ?

Il peut être utile de tenir un tableur avec les patients éligibles et la date de la visite par saison (pour rester dans les clous) ou d'utiliser les fonctions de votre logiciel métier (alarmes et rappels programmés...).

En dehors des actes basiques :

- ! Il existe un système de cotation, la CCAM, permettant de coter à peu près TOUT acte technique existant, par une association de 4 lettres et 3 chiffres, absolument impossible à apprendre et retenir. Il faut donc avoir le réflexe de chercher dès que vous faites un acte technique : suture, contention rigide, pansement complexe, infiltration, excision (panaris, thrombus hémorroïdaire, etc..),

- ! La cotation monte vite +++ et valorise votre temps et votre compétence, d'où l'importance d'y penser !
 - Pour exemple, une suture de la face de 4 cm :
 - QAJA005 + M (urgence) = 74,45 + 26,88 = 101,33 €

- ! MAIS, il existe des règles pour l'utilisation des cotations CCAM :
 - Chaque code CCAM doit être inscrit sur une ligne distincte sur la feuille de soins papier
 - G et VG ne sont pas cumulable avec les actes CCAM, **sauf** ECG, frottis et biopsie cutanée.
 - Si plusieurs actes sont effectués en CCAM, le 2^{ème} est coté à 50%, le 3^{ème} et au-delà sont gratuits ! Sauf pour certaines spécialités comme la radiologie.
 - Majoration **M** (**M**odificateur) pour les actes CCAM effectués en urgence au cabinet et visite en journée. Attention, la liste des actes permettant l'usage du M est limitée, elle concerne des actes qui s'effectuent en urgence. Les sites de cotation tiennent compte de cette liste.

- Hors des visites, le déplacement se cote **ID**, et non MD, et vaut 3,54 € temporairement - à la place de 3,50 €, rapport aux prix des carburants-, et les majorations horaires (nuit, matin ou dimanche/férie) se cotent comme pour les visites .

Pour éviter de vous noyer sous les cotations, stoppons là les descriptions : Il s'agit des plus utilisables aisément .

Il existe encore une multitude (le mot est faible !!) de cotations différentes, +/- utilisables facilement.

Nous ne décrivons pas les diverses cotations liées au Covid , réputées temporaires...

N'hésitez pas à chercher si la cotation correspondant à l'acte réalisé existe si vous n'en êtes pas sûr : Des moyens existent pour vous faciliter la tâche :

- **Le site OMNIPrat, mis au point par nos voisins des Pays de Loire ET leur assurance maladie, très fonctionnel et très adapté à la pratique de la médecine générale, utilisable sur smartphone comme sur ordi et qui a le mérite de vous permettre d'oublier le détail de toutes ces subtilités. Encore faut il savoir qu'elles existent...C'est le but premier de cette séance de groupe qualité.**
- fiche récapitulative sur différents sites (syndicats notamment, et ameli.fr),
- Vos propres fiches en fonction des actes de vous réalisez le plus fréquemment
- les moteurs de recherche,
- site « aideaucodage.fr »
- ou encore d'autres applications sur smartphone (« cotation santé », etc...)

Le tout, c'est d'y penser : Ayez le déclic systématique « je fais, donc je cote ! » Et je vais sur OMIPrat voir de quoi il retourne, c'est facile.

Bibliographie, sources

1 : https://lesgeneralistes-csmf.fr/wpfd_file/csmf-groupe-3-les-actes-techniques-et-la-ccam/
<https://omniprat.org/cotation/>
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/avenant-9-les-mesures-applicables-depuis-le-1er-avril>
https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/764808/document/avenant_9.pdf
<https://www.mgfrance.org/nomenclature>
<https://www.lesml.org/fr/163-remuneration.php>
<https://www.fmfpro.org/tarifs-medecins-generalistes-dom.html>
<https://www.ufml-syndicat.org/tag/cotations-ccam>
<https://lesgeneralistes-csmf.fr/2020/03/05/nomenclature/>

Annexe :

Ci-joint un exemple de fiche mémo trouvé sur un site de syndicat de MG :

Glossaire : pec=prise en charge ; TO tarif opposable 100%. Codes regroupement

G ou GS	Consultation ou consultation spécialisée G=C+MMG. Reste C pour les S2	25,00 €	Les secteur 2 peuvent appliquer CG, VG MMG, MCG, MRT, MTU et TCG si TO	23,00 €
C1,5 V1,5	C ou V et test antigénique Covid. (- de 12 ans >Cx1,36=31,28 €) Déclarer sur SI-DEP	34,50 €	34,50 €	
VG ou VGS	Visite ou Visite Spécialisée VG=V+MMG Reste V pour les S2	25,00 €	23,00 €	
VAC, ING	Prévaccinal ou vaccination. INJ = si fait en série	25 / 9,6 €	25 / 9,6 €	
MEG	Majo. Enfant Généraliste (0 à 6 ans), carnet santé (G+MEG=30 ; VG+MEG+MD=40)	5,00 €	5,00 €	
COE	Consultation Obligatoire Enfant (8e jour, 9e et 24e mois)	46,00 €	46,00 €	
COB	Suivi médical enfant de moins de 6 ans (M1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 16_17-18, An 2, 3, 4, 5)	30,00 €	30,00 €	
COD	Suivi médical enfant de 6 à 16 ans (Année 8-9, 11-13, 15-16)	25,00 €	25,00 €	
CSO (CCX)	Consultation Suivi Obésité Enfant (3 à 12 ans) 2 fois/an par MT	46,00 €	46,00 €	
ASE (CCX)	Aide Sociale à l'Enfance. Entrée dans le dispositif.	46,00 €	46,00 €	
CSE (CCX)	Consultation Suivi Enfant. Suivi autiste. 1 fois/an par généraliste, pédiatre, psychiatre.	46,00 €	46,00 €	
CCP	1ère Consultation Contraception et Prévention. Santé sexuelle. Tous moins de 26 ans.	46,00 €	46,00 €	
APC	Consultation de 2 nd recours pour spécialistes (délai 4 mois, courrier au MT)	55,00 €	55,00 €	
VL Avec MD	Visite Longue. MT. ALD > 80 ans, 4 fois/an par trimestres. 4 fois par an pour soins palliatifs. 1 fois pour les nouveaux patient < 80 en ALD ou > 80 ans sans ALD.	60,00 € 70,00 €	60,00 €	
MCG	Majoration Coordination Généraliste, informer le MT hors résidence ou à sa demande	5,00 €	Non	
MD	Majoration Déplacement justifié (VG+MD=35). En EHPAD : 3 maxi par déplacement	10,00 €	10,00 €	
MU	Majoration Urgence (visite, quitter sa consultation immédiatement)	22,60 €	22,60 €	

IK plaine	Kilomètre plaine (abattement 4 km sur aller-retour)	0,61 €	0,61 €	
IK montagne	Kilomètre montagne (abattement 2 km sur aller-retour)	0,91 €	0,91 €	
IFD ou ID	Indemnité Forfaitaire Déplacement autre que visite (notamment CCAM)	3,50 €	3,50 €	
K	Lettre K pour quelques actes résiduels (brûlures et suppléments certificats AT)	1,92 €	1,92 €	
MSH // MIC	Majoration Sortie d'Hôpital , par MT dans le mois, poly-patho. MIC = Ins. Card. (2 mois)	23,00 €	23,00 €	
MIS (MTX)	Majoration très complexe =C d'annonce et pec cancer, TND G+MTX=55€	30,00 €	30,00 €	
PIV (MTX)	Majoration très complexe notée PIV = C d'annonce et pec VIH G+MTX=55€	30,00 €	30,00 €	
CTE (CCE)	Consultation Trouble Enfant (très complexe). Dépistage TND et mère-enfant. 1 fois.	60,00 €	60,00 €	
MPH (CCE)	Certificat MDPH (consultation très complexe) Premier certificat et transfert dossier.	60,00 €	60,00 €	
TCG et TC	Acte G en téléconsultation et autres consultations en téléconsultation	25 // 23 €	25 // 23 €	
TE2	Acte de téléexpertise pour le téléexpert	20,00 €	20,00 €	
RQD	Demande de téléexpertise : 4 par an et par patient	10,00 €	10,00 €	
MRT	Majoration médecin traitant régulation (patient envoyé par le régulateur)	15,00 €	15,00 €	
MUT	Majoration traitant urgence si spécialiste accepte patient sous 48h (et cote MCU +15€)	5,00 €	5,00 €	
F // MDD	Majoration dimanche / férié // Majoration de déplacement dimanche / férié	19,06//22,6 €	19,06//22,6 €	
MN // MM	MN : Majoration de nuit de 20h à 0h et de 6h à 8h // MM : de 0h à 6h	35 // 40 €	35 // 40 €	
MDN // MDI	MDN : Majoration Visite de nuit de 20h à 0h et de 6h à 8h // MDI : de 0h à 6h	38,5//43,5€	38,5//43,5 €	
CRD// VRD	Majoration Consultation Dimanche / Férié Régulée // Visite dimanche férié régulé	26,50//30 €	26,50 €	
CRN // CRM	CRN : Majoration Consultation de Nuit Régulée 20h-0h et 6h-8h// CRM : de 0h à 6h	42,5//51,5 €	42,5//51,5 €	
VRN // VRM	VRN : Majoration Visite de Nuit / Férié Régulée 20h-0h et 6h-8h// VRM : de 0h à 6h	46//59,5 €	46,5//59,5 €	
MPA	Rémunération forfaitaire par acte si patient >80 ans pour non MT	5,00 €	Non	
MTF	Forfaits MT HORS ALD : 0-6 ans= 6€ ; 7-79 ans = 5€ ; 80 ans et + = 42€	Voir détails	Non	
MTF	Forfaits MT EN ALD : 0-79 ans= 42€ ; 80 ans et + = 70€	Voir détails	Non	
P // S	P = Urgences pédiatres et généralistes 20h - 0h // S = 0h – 8h	35 // 40 €	35 // 40 €	

F	Acte réalisé en urgence dimanche ou férié	19,06 €	19,06 €	
M	Majoration Urgence pédiatre et généraliste au cabinet (et en visite pour les sutures)	26,88 €	26,88 €	
DEQP003	ECG Cumul avec G= 39,26 €	14,26 €	13,52 €	
YYYY490	Supplément ECG en visite Cumul avec VG+MD+DEQP003 = 58,86 €	9,60 €	9,60 €	
JKHD001	Frottis cervico-vaginal JKHD001 + G = 37,46 €	12,46 €	9,64 €	
QZGA002	Ablation ou changement d'implant contraceptif (pose = G ou GS)	41,80 €	41,80 €	
JKLD001	Pose d'un Dispositif Intra-Utérin (DIU) Changement d'un DIU = JKKD001	38,40 €	38,40 €	
GABD002	Tamponnement nasal antérieur d'un épistaxis	27,72 €	54,60 €	51,02 €
CDRP002	Dépistage clinique ou audiométrique des surdités de l'enfant	48,51 €	40,23 €	
BLQP010	Examen de la vision binoculaire	25,32 €	25,32 €	
Surdité + vision binoculaire CDRP002 + ½ BLQP010		61,17 €	52,89 €	

Nomenclature Médecins Généralistes CCAM Mise à jour 1^{er} avril 2022

Ne pas oublier le Modificateur M = Majoration Urgence. S'ajoute aux actes EN BLEU uniquement

			S1avecM	
	avec M			
QZJA009	Évacuation d'une collection superficielle de la peau, par abord direct	38,29 €	26,60 €	
QZJA011	Évacuation d'une collection profonde de la peau et des tissus mous	47,50 €	45,11 €	
JHJA001	Évacuation ou mise à plat d'un abcès du scrotum, par abord direct	45,11 €	45,11 €	
QZJA002	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm, hors face	25,52 €	52,40 €	50,47 €
QAJA013	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm	31,35 €	58,23 €	58,23 €
QZJA016	Parage / Suture plaie profonde de la peau de moins de 3 cm, hors face et main	48,92 €	75,80 €	72,81 €
QAJA004	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la face de moins de 3 cm	62,70 €	89,58 €	89,58 €
QZJA017	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm, hors face	51,76 €	78,64 €	65,67 €
QAJA005	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10	74,45 €	101,33 €	83,22 €

	cm			
QZJA012	Parage / Suture plaie profonde de la peau de 3 cm à 10 cm, hors face et main	61,68 €	88,56 €	80,21 €
QAJA006	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la face de 3 cm à 10 cm	95,01 €	121,89 €	108,32 €
QZJA015	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm, hors face	61,68 €	88,56 €	71,44 €
QAJA002	Parage / Suture plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm	82,95 €	109,83 €	88,16 €
QZJA001	Parage / Suture plaie profonde de la peau de plus de 10 cm, hors face et main	85,08 €	111,96 €	93,78 €
QAJA012	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la face de plus de 10 cm	120,53 €	147,41 €	123,12 €
QCJA001	Parage / Suture plaie profonde de la peau de la main	62,70 €	89,58 €	89,58 €
HAJA003	Suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	34,03 €	60,91 €	53,20 €
HAJA006	Suture de plaie cutanée transfixiante de lèvre	55,30 €	82,18 €	65,54 €
BACA008	Suture de plaie du sourcil	29,07 €	55,95 €	52,52 €
BACA002	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	29,07 €	55,95 €	52,52 €
BACA007	Suture plaies multiples des paupières, sans atteinte du bord libre	104,90 €	131,78 €	114,06 €
BACA005	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, avec atteinte du bord libre	62,70 €	89,58 €	89,58 €
GAJA002	Suture de plaie du nez	53,88 €	80,76 €	64,71 €
CAJA002	Suture de plaie de l'auricule	46,79 €	73,67 €	60,60 €
QZGA004	Corps étranger superficiel, hors visage et main	38,29 €	30,99 €	
QZGA006	Corps étrangers (plusieurs) profonds, hors visage et main	84,37 €	75,27 €	
QAGA003	Corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	47,50 €	40,72 €	
QZGA007	Corps étrangers (plusieurs) superficiels, hors visage et mains	67,36 €	52,23 €	
QAGA002	Corps étrangers (plusieurs) superficiels visage et / ou mains	75,86 €	63,75 €	
QAGA001	Corps étrangers (plusieurs) profonds visage et / ou mains	107,06 €	88,43 €	
QZGA003	Corps étranger profond, hors visage et main	60,27 €	52,51 €	
QAGA004	Corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains	80,83 €	64,44 €	
MJPA010	Incision ou excision d'un panaris superficiel	38,29 €	30,99 €	
QZNP025	Électro-coagulation de 6 lésions cutanées superficielles ou plus	32,75 €	27,06 €	
QZNP004	Destruction lésions cutanées superficielles (1à10) hors face, chimie ou cryothérapie	22,78 €	21,28 €	
QANP007	Destruction lésions cutanées superficielles (1à10) visage, agent chimique ou cryoth.	28,80 €	28,80 €	
K16	Nettoyage ou pansement de brûlure, <10% du corps (>10cm2), hors face et mains	30,72 €	30,72 €	
K16+K16/2	Nettoyage ou pansement de brûlure, <10% du corps (>10cm2), face ou mains	46,08 €	46,08 €	

K9	Nettoyage ou pansement d'une brûlure de 10cm2, hors face et mains	17,28 €	17,28 €	
K9+K9/2	Nettoyage ou pansement d'une brûlure de 10cm2, de la face ou des mains	25,92 €	25,92 €	
MZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, voie transcutanée	83,60 €	83,60 €	
NZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, voie transcutanée	60,30 €	47,08 €	
NZHB002	Ponction ou cyto-ponction d'une articulation du membre inférieur	28,81 €	22,76 €	
MHMP007	Confection orthèse d'immobilisation d'un doigt (même tarif si plusieurs doigts)	38,40 €	38,40 €	
NGMP001	Confection d'une contention souple du pied et /ou de la cheville	20,90 €	47,78 €	47,78 €
NGMP002	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville	40,87 €	32,48 €	
NZMP003	Confection attelle rigide immobilisation jambe + cheville et /ou pied (botte plâtrée)	27,57 €	54,45 €	54,45 €
MZMP006	Confection attelle rigide immobilisation avant-bras, poignet, main (manchette plâtrée)	42,54 €	69,42 €	69,11 €
NFMP001	Confection d'une contention souple du genou	41,80 €	68,68 €	68,68 €
YYYY011	Prise en charge d'une lésion os, muscle, tendon d'origine traumatique	20,16 €	47,04 €	47,04 €
MZMP001	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur	31,35 €	31,35 €	
MGMP001	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et / ou main	44,89 €	34,82 €	
MZLB001	Infiltration articulation ou bourse séreuse du membre supérieur	26,13 €	26,13 €	
NZLB001	Infiltration articulation ou bourse séreuse du membre inférieur	30,82 €	30,82 €	
YYYY008	Supplément radio lésion traumatique médecin de montagne	11,52 €	11,52 €	
LHRP001	Séance de médecine manuelle de la colonne vertébrale	33,50 €	25,08 €	
YYYY010	Urgence avec geste technique ou placement psychiatrique	48,00 €	74,88 €	74,88 €
ALQP003	Test d'évaluation d'une dépression, 1 fois/an (Hamilton)	69,12 €	69,12 €	
EGJA001	Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe (EGJA007 = excision)	62,70 €	62,70 €	
GLQP012	Spirométrie standard	40,28 €	37,88 €	
QZRB001	Séance d'acupuncture	18,00 €	18,00 €	