

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP) RESTANT EN VIGUEUR DEPUIS LA DECISION UNCAM DU 11 MARS 2005

PRESENTATION

HISTORIQUE

1. Depuis la loi du [13 août 2004](#), les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1-7 du code de la Sécurité Sociale).
2. La décision UNCAM du [11 mars 2005 \(JO du 30 mars 2005\)](#), au moment de la mise en œuvre de la CCAM, a distingué deux parties dans cette liste :
 - la CCAM, qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins décrits au Livre II et les dispositions générales et diverses s'y rapportant qui figurent au Livre I et au Livre III aux articles 1, 2 et 3 ;
 - la NGAP, qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Seules les modifications entraînées par la mise en œuvre de la CCAM sont mentionnées au Livre III à l'article III-4 (modifications des dispositions générales, suppression de titres, de chapitres, d'actes...).

Depuis la décision UNCAM du [11 mars 2005](#), toutes les modifications de la Liste des actes et des prestations font l'objet de décisions UNCAM publiées au Journal officiel. Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes des auxiliaires médicaux, sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la Liste.

OBJECTIF DE CETTE PUBLICATION

Présenter les dispositions générales et les actes restant pris en charge selon la NGAP.

Cette présentation s'appuie sur les textes réglementaires parus au Journal officiel depuis l'arrêté du [27 mars 1972](#) (date de création de la NGAP) qui restent seuls opposables. Les références aux textes récents, parus depuis [2005](#), sont mentionnées.

Des notes explicatives ou commentaires ont été insérés pour faciliter la compréhension.

REFERENCES DES TEXTES REGLEMENTAIRES MODIFIANT LA NGAP DEPUIS 2005

Décisions UNCAM :

11/03/05 - JO du 30/03/05
18/07/05 - JO du 26/08/05
06/12/05 - JO du 05/04/06
27/04/06 - JO du 16/05/06
23/06/06 - JO du 27/06/06
29/06/06 - JO du 30/06/06
04/07/06 - JO du 06/10/06
31/07/06 - JO du 15/09/07
14/11/06 - JO du 22/12/06
05/12/06 - JO du 09/02/07
07/03/07 - JO du 15/05/07
03/04/07 - JO du 27/06/07
03/04/07 - JO du 29/06/07
06/07/07 - JO du 03/10/07
23/08/07 - JO du 11/09/07
13/12/07 - JO du 08/03/08
05/02/08 - JO du 22/04/08

04/03/08 – JO du 23/05/08
01/07/08 – JO du 25/09/08
08/10/08 – JO du 25/10/08
08/10/08 – JO du 19/12/08
09/07/09 – JO du 19/09/09
14/01/10 – JO du 19/01/10
23/11/09 – JO du 11/02/10
18/01/10 – JO du 25/04/10
16/03/10 – JO du 28/05/10
23/12/10 – JO du 06/01/11
17/01/11 – JO du 06/03/11
28/09/11 – JO du 10/12/11
02/11/11 – JO du 20/01/12
20/12/11 – JO du 21/02/12 et
JO du 28/02/12
09/02/12 – JO du 13/04/12
20/03/12 - JO du 7/06/12

CHAMP DE LA NGAP

I. Actes réalisés par les médecins :

1. Actes réalisés exclusivement par les médecins :

- ◆ les actes cliniques y compris les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux,
- ◆ les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- ◆ les actes de prélèvements réalisés par les médecins biologistes,
- ◆ les actes de chimiothérapie anticancéreuse,
- ◆ les actes de pratique thermale.

2. Actes communs avec ceux des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux, plusieurs cas sont possibles :

- ♦ l'acte n'existe pas à la **CCAM** (par exemple : injection intraveineuse, bilan ostéo-articulaire, rééducation ...) dans ce cas, conformément à l'article 3 des Dispositions générales de la NGAP, le médecin utilise la NGAP avec le coefficient de l'acte indiqué et la lettre clé K ;
- ♦ l'acte existe à la **CCAM** et à la NGAP (par exemple le cathétérisme urétral chez l'homme) dans ce cas, quand un médecin réalise cet acte, il le code et le facture selon la **CCAM** et l'infirmière continue à utiliser la NGAP.

3. Cas particuliers des actes de chirurgie dentaire réalisé par des médecins :

- ♦ soit ces actes étaient antérieurement cotés en KCC et dans ce cas ils sont maintenant inscrits à la **CCAM** et ils doivent être facturés en **CCAM** ;
- ♦ soit ces actes sont des actes de chirurgie dentaire réalisés par les chirurgiens-dentistes mais également par des médecins, dans ce cas ils doivent être facturés par ces deux professions selon la NGAP ; quand ils sont réalisés en établissement sous anesthésie générale, les anesthésies correspondantes doivent être codées et facturées selon la **CCAM** ;
- ♦ soit ces actes sont des actes de radiographie dentaire réalisés par les stomatologistes et par les chirurgiens-dentistes dans ce cas ils doivent être facturés par ces deux professions selon la NGAP.

II. Actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les infirmières et les pédicures-podologues

CORRESPONDANCE ENTRE LES CHAMPS D'ACTES ET LES TITRES ET CHAPITRES

Remarque : La numérotation correspondant aux textes réglementaires antérieurs à 2005 a été conservée. Comme certains titres, chapitres ou articles ont été supprimés par la Décision du [11/03/05](#), il n'y a plus de continuité dans la numérotation.

Première partie

Dispositions Générales	<ul style="list-style-type: none"> - concernent toutes les professions de santé ; - comprend en particulier les actes cliniques.
------------------------	--

Deuxième partie

Acte de brûlures	Titre I – Chapitre III
Actes de prélèvement	Titre II – Chapitre I, III, IV, V Titre III - Chapitre I, article 1, Chapitre V, article 6 Titre VII – Chapitre III, article 3 Titre VIII – Chapitre II, III, IV Titre XI – Chapitre I, article 1

	Titre XVI, Chapitre I, article 1, article 6
Actes portant sur l'estomac et l'intestin	Titre VIII – Chapitre III
Actes liés à la gestation et l'accouchement : Actes réalisés par les médecins	Titre XI – Chapitre II ; Section 1
Actes de chimiothérapie	Titre II – Chapitre V ; Section II – article 3
Actes d'orthoptie	Titre III – Chapitre II – article 1
Actes d'orthophonie	Titre IV – Chapitre II – article 2
Actes réalisés par des sages-femmes	Titre XI – Chapitre II ; Section 2 Titre XIV – Chapitre II, article 8 Titre XV – Chapitre V, article 1 Titre XVI
Actes de chirurgie dentaire	Titre I – Chapitre III Titre II – Chapitre I Titre II - Chapitre III Titre II – Chapitre IV Titre II – Chapitre VI Titre III – Chapitre I Titre III – Chapitre IV Titre III – Chapitre V Titre III – Chapitre VI Titre III – Chapitre VII Titre III – Chapitre VIII
Actes de pédicurie-podologie	Titre XII – Chapitre II, article 3, article 4
Actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux	Titre XIII - Chapitre II
Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles	Titre XII – Chapitre II, article 3 Titre XIV

	Titre XV – Chapitre V, article 2
Actes de pratique thermale	Titre XV – Chapitre IV, articles 2 et 3
Actes infirmiers	Titre II- Chapitre V ; Section II, article 1 Titre XVI

Troisième partie

Actes radiodiagnostic pour les chirurgiens-dentistes et les stomatologistes	Titre I - Chapitre I Titre I – Chapitre II Titre I – Chapitre IV Titre I – Chapitre V
---	--

Cinquième partie

Actes d’anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d’analyses de biologie médicale
--

GUIDE DE LECTURE

Code couleur :

- Bleu : date des textes de référence
Rouge : CCAM
Kaki : suppression
Violet : commentaire

Code caractères

Italiques : parties du texte non modifiées par des textes réglementaires mais qui sont devenues sans objet, par exemple parce que les actes auxquelles elles s'appliquent ont été supprimées de la NGAP.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12/05/1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2. - Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient.

1. Lettre clé (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, du 05/02/08, 04/03/08, 08/10/08, par arrêté du 14/01/10, les décisions UNCAM du 18/01/10, 23/12/10)

La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont les suivantes :

C - Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

CS - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié. »

CsC - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.

CNPSY - Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

CDE - Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

V - Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

VL - Visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant.

VS - Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien–dentiste spécialiste qualifié.

VNPSY - Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

K ou **KC** – Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)).

KMB – Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste

KE – Acte d'échographie, d'échotomographie ou de Doppler pratiqués par la sage-femme

Z - Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)) ou le chirurgien-dentiste.

ORT - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.

SCM - Soins conservateurs pratiqués par le médecin.

PRO - Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin.

TO - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SC - Soins conservateurs pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SPR - Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste.

D ou **DC** - Actes autres que d'orthopédie dento-faciale, d'obturations dentaires définitives, de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste. La lettre clé DC est utilisée par le chirurgien-dentiste pour les actes affectés de la lettre clé KC à la deuxième partie de la nomenclature.

CG : examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme

SP : séance de suivi postnatal réalisé par la sage-femme

SF - Actes pratiqué par la sage-femme autres que les actes d'échographie, d'échotomographie ou de Doppler.

SFI - Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMS - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectué par le masseur-kinésithérapeute.

AMK - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK.

AMI - Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS.

AIS - Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades.

DI - Démarche de soins infirmiers.

AMP - Actes pratiqué par le pédicure.

POD : acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

AMO - Actes pratiqué par l'orthophoniste.

AMY - Acte pratiqué par l'orthoptiste.

VAC - Acte de vaccination pour le vaccin grippal pandémique A(H1N1) 2009, réalisé par un médecin au cours d'une séance de vaccination spécifique au cabinet ou au domicile du patient.

2. Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 2 bis - Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste (modifiée par les décisions UNCAM du 06/12/05, 07/03/07, 18/01/10)

Lorsque le médecin spécialiste, dont la spécialité est mentionnée dans la liste ci-après, est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation à une majoration forfaitaire transitoire dénommée **MPC** dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas c) et d) de l'article 4-3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 03/02/05*.

* Actualisation en cours : modification de la référence suite à la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Par dérogation, les médecins spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas c) et d) de l'article 4-3 susmentionné* peuvent bénéficier de la majoration forfaitaire transitoire **MPC** pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

La valeur en unité monétaire de cette majoration forfaitaire transitoire, qui fait l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin ou de l'âge des patients (moins de 16 ans et plus de 16 ans), est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Liste des spécialités donnant droit à la majoration forfaitaire transitoire :

- Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale
- Réanimation Médicale
- Cardiologie et Pathologie Cardio-Vasculaire
- Dermatologie et Vénérologie
- Gastro-Entérologie et Hépatologie
- Médecine Interne
- Neurochirurgie
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Rhumatologie
- Ophtalmologie
- Stomatologie
- Médecine Physique et de Réadaptation
- Neurologie
- Néphrologie
- Anatomie-Cytologie-Pathologiques
- Biologie
- Endocrinologie et Métabolismes
- Neuro Psychiatrie
- Psychiatrie Générale
- Psychiatrie option psychiatrie -de l'enfant et de l'adolescent
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Urologique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Chirurgie Infantile

* Actualisation en cours : modification de la référence suite à la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique
Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
Chirurgie Vasculaire
Chirurgie Viscérale et Digestive
Gynécologie Médicale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Médicale et Obstétrique
Obstétrique
Hématologie
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
Médecine Nucléaire
Oncologie Médicale
Oncologie Radiothérapique
Radiothérapie
Génétique Médicale
Gériatrie
Santé Publique et Médecine Sociale

La majoration forfaitaire transitoire **MPC** mentionnée ci-dessus ne s'applique pas aux consultations prévues aux articles 14-4 (Forfait pédiatrique) et 15-1 (Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie) des dispositions générales de la NGAP.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (**DE**) mentionné au a) de l'article 4-3 de l'arrêté du [03/02/05*](#) sus-cité.

Article 3 - Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature.

Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le praticien doit indiquer sur la feuille de soins :

1. la lettre clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ;
2. immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

* Actualisation en cours : modification de la référence suite à la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Article 4. - Remboursement par assimilation modifié suite au décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01)

Article abrogé par la décision UNCAM du 11/03/05 pour les actes inscrits au Livre II (CCAM)

1. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours doit être considéré comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

2. Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'Assurance Maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation

Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Article 6 - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation et le remboursement s'effectuent sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité de l'auxiliaire médical

ou de la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin. Dans ce cas, la feuille de soins est signée à la fois par l'auxiliaire médical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Article 7 - Entente préalable [modifiée par décret n° 2001-492 du 06/06/01 (JO du 10/06/01) et décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01)]

La caisse d'Assurance Maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'entente préalable :

1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4.
2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'entente préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre E.

B. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le malade est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien qui doit dispenser l'acte.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'entente préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'entente préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Lorsque les honoraires sont réglés directement aux praticiens par la caisse (notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail), la demande d'entente préalable est adressée au contrôle médical par le praticien et non par le malade.

C. La date d'envoi de la demande d'entente préalable est attestée par le timbre-date de la poste.

La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade ou au praticien, le cas échéant, au plus tard le 15^{ème} jour suivant la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'Assurance Maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande. Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

- D. Lorsque la demande d'entente préalable porte sur la réalisation d'appareils de prothèse dentaire ou sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours, vaut accord de la demande.

Article 8 - Acte global et actes isolés

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

A. Acte global

Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixés à l'acte global, de ce fait ils comportent en sus de la valeur de l'acte celle :

- des soins pré-opératoires ;
- de l'aide opératoire éventuelle ;
- en cas d'hospitalisation, des soins post-opératoires pendant la période de 20 jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le 20ème jour, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires ;
- en cas d'intervention sans hospitalisation, des soins post-opératoires pendant une période de dix jours. Cependant, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires.

Par contre, ces coefficients ne comprennent pas notamment :

- les honoraires dus éventuellement au praticien traitant assistant à l'intervention, qu'il y ait participé ou non ;
- les actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade ;
- les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention ;
- la fourniture des articles de pansement.

Les honoraires de chaque médecin doivent être notés sur des feuilles de maladie distinctes, notamment ceux du médecin traitant assistant à l'intervention et ceux du médecin anesthésiste réanimateur.

B. Acte isolé

1. Les coefficients inférieurs à 15 ne sont pas fixés à l'acte global et correspondent à des actes isolés. De ce fait, les actes (pansements, par exemple) consécutifs à des interventions d'un coefficient inférieur à 15 sont cotés à part.

Le médecin ne doit noter une consultation ou une visite que lorsque les séances de soins consécutives à l'intervention s'accompagnent d'un examen du malade (cf. article 15).

2. Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance (cf. article 11-B) les soins consécutifs sont honorés à part, même si le coefficient total correspondant à l'ensemble des actes dépasse 15, à la condition que le coefficient isolé de chacun des actes soit au plus égal à 14.

Article 9 - Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, une seconde intervention, nécessitée par une modification de l'état du malade ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période, annulant le temps restant à courir, de vingt à dix jours selon qu'il y a ou non hospitalisation.

Article 10 - Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, il se présente une affection médicale intercurrente, nécessitant l'intervention d'un médecin autre que l'opérateur, les soins dispensés donnent lieu à honoraires, indépendamment de ceux relatifs à l'intervention chirurgicale.

Article 11 - Actes multiples au cours de la même séance (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05, 05/02/08, 08/10/08)

A. Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exception : la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

B. Actes en K, KC, KMB, KE,D, DC, SF, SP, SFI, AMI, AIS, AMP, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.
Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient.

Toutefois, le second acte est noté à 75% de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, *soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.*

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50% de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :
 - a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
 - b) en odontostomatologie, lorsqu'un acte isolé distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global ;
 - c) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

**Les conditions de cumul de l' AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au Titre XVI - chapitre I - article 11 - § 2 et 4.
Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux selon le Titre IV - Chapitre II - article 2.**

Article 12 - Actes en plusieurs temps

- A. Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature sous une forme globale comprend en réalité plusieurs interventions successives (actes en plusieurs temps), le médecin ne signe la feuille de maladie que lorsque les différents temps de l'intervention sont terminés. Dans le cas où ces interventions auront été interrompues, il indique la quotité partielle de celles effectuées (exemple : KC 50 x 1/3).
S'il s'agit d'une série de séances qui a été interrompue, le médecin indique le nombre de séances effectuées.
- B. Lorsqu'un traitement comportant une série d'actes répétés est coté dans la nomenclature sous une forme globale, il doit être inscrit sur la feuille de maladie uniquement sous cette forme et ne peut être décomposé en actes isolés.
- C. Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a été effectuée en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune majoration, sauf indication contraire portée à la nomenclature.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade (modifié par décision UNCAM du 20/03/12)

Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V.

B) Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés à Paris, Lyon, ou Marseille, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V.

L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horokilométrique prévue au paragraphe C de l'article 13 ni avec les majorations prévues à l'article 14 pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

C) Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité horokilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, KC, Z, CG, SP, SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMP, POD, AMO et AMY de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue aux paragraphes A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes. En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

2° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

Toutefois, lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien- dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien – dentiste omnipraticien le plus proche.

De même, par dérogation, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, le médecin traitant du malade peut facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable de la résidence du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale.

Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Article 13.2 - Frais de déplacement pour les actes effectués en établissements de santé par les médecins anatomocytopathologistes.

Les frais de déplacement en établissements de santé ne peuvent être facturés par les médecins anatomocytopathologistes, conformément à l'article 13 ci-dessus, qu'à titre exceptionnel, pour pratiquer des examens extemporanés.

Article 14 - Actes effectués la nuit ou le dimanche (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 08/10/08)

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

A. Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes (modifié par décision UNCAM du 05/02/08)

1. Visites du dimanche, de jours fériés légaux, visites de nuit, actes de coefficient inférieur à 15, forfait d'accouchement

À la valeur des lettres-clés V, VS et VNPSY et exceptionnellement C, CS et CNPSY, de même qu'à celles des actes K, KC, KMB, KE, Z, D, DC, CG; SP, SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

En matière d'accouchement, seule est à prendre en considération pour l'octroi de cette majoration l'heure de la naissance.

1 bis. La majoration de nuit pour les actes de nuit effectués par les médecins généralistes, les pédiatres et les sages-femmes, dans les conditions mentionnées ci-dessus, peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

2. Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15

- Actes de nuit

Pour les actes en K, KC, KE, Z, D, DC, CG, SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 15 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

- Actes du dimanche et jours fériés légaux.

Pour les actes en K, KC, KE, Z, D, DC, CG; SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

B. Actes effectués par les auxiliaires médicaux et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers

La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

La majoration forfaitaire pour les actes de nuit effectués par les infirmiers ainsi que par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Article 14.1 - Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale (modifiée par la décision UNCAM du 18/07/05)

Lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (Centre 15), soit à la demande expresse et motivée du patient, la visite ou les actes de premier recours qu'il effectue donnent lieu en sus des honoraires normaux et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence.

L'application de la disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la **CCAM**.

La majoration forfaitaire d'urgence ne se cumule pas avec les majorations prévues à l'article 14 ci-dessus pour les actes effectués la nuit ou le dimanche. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Article 14.2 - Majoration de déplacement (modifiée par les décisions UNCAM du 11/03/05 et du 05/12/06)

- I. Lorsque le médecin généraliste est amené à se rendre au domicile d'une des personnes mentionnées ci-dessous.
- a) Les personnes âgées d'au moins soixante-quinze ans, exonérées du ticket modérateur au titre d'une des affections mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale ;
 - b) Les personnes, quel que soit leur âge, atteintes de l'une des affections de longue durée suivantes, telles que mentionnées notamment à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale :
 - 1) Accident vasculaire cérébral invalidant,
 - 2) Forme grave d'une affection neuromusculaire (dont myopathie),
 - 3) Maladie de Parkinson,
 - 4) Mucoviscidose,
 - 5) Paraplégie,
 - 6) Sclérose en plaques.
 - c) Les bénéficiaires de l'allocation tierce personne au titre :
 - 1) du 3° de l'article L. 341-4 et de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale
 - 2) du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale
 - 3) de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles
 - d) Les titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée dans la loi n° 2001-647 du 20/07/01 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, quand ces personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre de l'Assurance Maladie.
 - e) Les patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale inscrite à la CCAM d'un tarif supérieur à 313,50 euros, quand la ou les visites sont effectuées dans les 10 jours suivant l'intervention.
 - f) Les patients en hospitalisation à domicile.

La visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration de déplacement "dénommée MD", à la condition que les personnes mentionnées ci-dessus se trouvent dans une des situations cliniques suivantes.

- 1. Incapacité concernant la locomotion par atteinte ostéoarticulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique, par atteinte cardiovasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente, par atteinte respiratoire chronique grave, par atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée, par trouble de l'équilibre

2. État de dépendance psychique avec incapacité de communication
 3. État sénile
 4. Soins palliatifs ou état grabataire
 5. Période post-opératoire immédiate contre-indiquant le déplacement
 6. Altération majeure de l'état général
- II. Lorsque le médecin généraliste est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans l'énumération - a à f compris - mentionnée au I ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement **MD**, dès lors que cette personne se trouve dans une des situations cliniques visées au I ci-dessus.
Le médecin généraliste communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.
- III. Lorsque le médecin généraliste est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans les situations prévues ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement **MD** :
- dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin généraliste ;
 - dès lors que cette personne est atteinte d'une maladie contagieuse et que la consultation au cabinet est contre indiquée.
- Le médecin généraliste communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.
- IV. Lorsque le médecin généraliste effectue la visite la nuit, le dimanche et les jours fériés uniquement dans les conditions définies aux I, II ou III ci-dessus, la visite donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement.
Dans ce cas, cette majoration est dénommée **MDN** pour les visites de nuit effectuées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 14 et peut faire l'objet d'une différenciation en fonction de l'heure de réalisation de la visite. Elle est dénommée **MDD** pour les visites réalisées le dimanche et les jours fériés.
- V. L'application des dispositions visées ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la **CCAM**.
- VI. La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées aux articles 14 et 14.1 ci-dessus.
- VII. Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin généraliste intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées tel que mentionné à l'article 13-1 pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.
- VIII. La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.3 - Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet

Abrogée par la décision UNCAM du 18/07/05. Voir chapitre 19.03.01 (M) de la CCAM.

Article 14.4 - Forfait pédiatrique (modifié par la décision UNCAM du 20/12/11)

Les consultations ou visites effectuées à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus par le pédiatre ouvrent droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration, dénommée forfait pédiatrique (FPE), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne s'applique qu'aux consultations et aux visites répondant aux conditions fixées dans l'annexe de l'arrêté du 31/07/02 relatif à l'accord de bonnes pratiques et de bon usage des soins applicable aux pédiatres.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.4 bis - Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre (créée par décision UNCAM du 06/12/05 et modifiée par la décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsque le pédiatre effectue, auprès d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus, une consultation ou une visite conforme aux critères définis à l'article 14.4 des dispositions générales de la NGAP, ce dernier peut coter, en sus du forfait pédiatrique (FPE), une majoration nourrisson pédiatre (MNP).

Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 susmentionnés peut coter la MNP pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

La MNP ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis (Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (MPC), ni avec la facturation d'un dépassement (DE) au sens de l'article 42.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie.

La valeur de la MNP est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.4 ter - Majoration des examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R.2132-2 du code de santé publique et de l'examen entre la sortie de maternité et le 28ème jour, par le pédiatre (créée par décision UNCAM du 06/07/07 et modifiée par la décision UNCAM du 20/12/11)

Lors de la consultation ou de la visite pour l'examen médical obligatoire dans les huit jours, au cours des 9^{ème} ou 10^{ème} mois, au cours des 24^{ème} ou 25^{ème} mois suivant la naissance mentionné à l'article R.2132-1 du code de santé publique, ainsi que lors de la consultation ou de la visite spécifique entre la sortie de maternité et le 28ème jour définie à l'article 15.2.2, le pédiatre doit notamment :

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère,
- pratiquer un examen complet de l'enfant, orienté notamment vers le dépistage des anomalies congénitales, des déficiences et renseigner la rubrique du carnet de santé concernant l'examen clinique de l'enfant dans la période périnatale,
- porter sur le carnet de santé de l'enfant les observations médicales, les interventions, et les prescriptions éventuelles qu'il juge utile de mentionner,
- remplir et adresser la partie médicale des certificats de santé prévus par la Loi n°86-1307 du 29 décembre 1986 et la Loi n°89-899 du 18 décembre 1989, conformément aux dispositions de l'article R.2132-3 du code de santé publique, à l'exception de l'examen entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour.

Cette consultation ou visite effectuée par le pédiatre ouvre droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration dénommée **MBB**.

Cette majoration est cumulable, le cas échéant, avec la **FPE** et la **MNP**.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.4 quater - Majoration de consultation annuelle de synthèse, par le pédiatre, pour un enfant de moins de seize ans atteint d'une affection de longue durée (créée par décision UNCAM du 06/07/07)

Cette majoration, dénommée **MAS** (Majoration annuelle de synthèse), s'applique à la consultation annuelle de synthèse effectuée par le pédiatre, pour un patient de moins de 16 ans reconnu porteur d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD) exonérées du ticket modérateur, à l'exclusion des ALD pour affections psychiatriques.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- réaliser un bilan approfondi de l'état de santé de l'enfant,
- faire le point avec lui, sa famille ou le substitut familial sur l'ensemble de ses problèmes, leurs retentissements sur son développement, sa scolarité, les interactions familiales,
- faire le point sur les interventions éventuelles d'autres professionnels de santé et la coordination des soins.

Cette consultation contribue à l'éducation sanitaire et thérapeutique de l'enfant en impliquant autant que de besoin la famille ou le substitut familial. Elle permet l'établissement éventuel d'un projet d'accueil individualisé (PAI) dans l'objectif de maintien de la scolarisation. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

Cette majoration est cumulable, le cas échéant, avec la **FPE** et la **MNP** et la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste

prévue à l'article 2 bis.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

Article 14.4 quinquies – Majoration pour la prise en charge des enfants de 25 mois à 6 ans par le pédiatre (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Les consultations et les visites, effectuées par le pédiatre pour un enfant âgé de 25 mois à 6 ans, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée majoration pédiatre enfant (**MPE**), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, des conseils de prévention, et qu'elles donnent lieu à un compte rendu sur le carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration peut-être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 précités peut coter la MPE pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

Cette majoration est cumulable avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis (MPC). Elle n'est pas cumulable avec les majorations FPE, MNP, MBB et prévues aux articles 14-4, 14-4 bis et 14-4 ter.

Article 14.4.1 - Forfait pédiatrique du médecin généraliste

Les consultations ou visites effectuées dans les huit jours qui suivent la naissance, au cours du neuvième ou dixième mois et au cours du vingt-quatrième ou du vingt-cinquième mois, à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus par le médecin généraliste, et donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé, tels que mentionnés aux articles R. 2132-2 et R. 2132-3 du code de la santé publique, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée forfait pédiatrique enfant (**FPE**), lorsqu'elles comportent, en sus de l'examen prévu ci-dessus, un interrogatoire, un entretien de conclusion avec la conduite à tenir, des prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels. Les consultations et visites concernées par cette majoration **FPE** donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Dans le délai de huit jours, le médecin généraliste concerné adresse le certificat médical correspondant à l'âge de l'enfant, sous pli fermé et confidentiel, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant.

La majoration mentionnée ci-dessus ne s'applique pas aux consultations et visites qui ne répondent pas aux conditions prévues ci-dessus.

La valeur en unité monétaire de cette majoration est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Article 14.4.2 - Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste (créée par décision UNCAM du 06/12/05 et modifié par décision UNCAM du 20/03/12)

Les consultations ou visites effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant âgé de 0 à 24 mois inclus ouvrent droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration, dénommée majoration nourrisson (**MNO**), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne s'applique qu'aux consultations et visites répondant aux conditions prévues au paragraphe précédent.

Cette majoration est cumulable avec le forfait prévu à l'article 14.4.1 (Forfait pédiatrique du médecin généraliste) (**FPE**) pour les consultations ou visites effectuées dans les huit jours qui suivent la naissance, au cours du neuvième ou dixième mois et au cours du vingt-quatrième ou du vingt-cinquième mois, à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus et donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé, tels que mentionnés aux articles R. 2132-2 et R. 2132-3 du code de la santé publique.

La valeur de la **MNO** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.4.3 - Majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin généraliste (créée et modifiée par les décisions UNCAM du 27/04/06 du 05/12/06)

Les consultations et les visites, effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant entre son deuxième et son sixième anniversaire, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée majoration généraliste enfant (**MGE**), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne se cumule pas avec le forfait prévu à l'article 14.4.1 (Forfait pédiatrique du médecin généraliste) (**FPE**), ni avec la majoration prévue à l'article 14-4-2 (Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste) (**MNO**).

La valeur de la **MGE** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.4.4 - Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre. (créée par la décision UNCAM du 06/07/07 et modifiée par décision UNCAM du 20/12/11)

I - Consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique nécessitant la présence de la famille, d'un tiers social ou d'un tiers médicosocial, pour aborder les aspects de la pathologie, du pronostic, de la stratégie thérapeutique ou des implications relationnelles.

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

- délivrer une information aux parents centrée sur la pathologie de l'enfant, les différentes alternatives thérapeutiques, les éléments de pronostic,
- permettre un dialogue autour de cette information,
- identifier avec les parents, ou leurs substituts le cas échéant, les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux,
- tenter d'obtenir une alliance thérapeutique avec la famille, évaluer la capacité de soutien de celle-ci, et permettre un dialogue autour de ces fonctions,
- expliciter le déroulement dans le temps de la prise en charge de l'enfant et/ou du groupe familial et définir le rôle éventuel des différents intervenants de l'équipe thérapeutique,
- synthétiser une note au dossier du patient,
- le cas échéant, informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée **MPF** (majoration consultation famille).

II - Consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre pour une pathologie psychiatrique relevant d'une affection de longue durée (ALD) exonérée du ticket modérateur. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique, en présence des intervenants essentiels du groupe familial, dédiée à :

- apprécier l'évolution de la pathologie, de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et/ou du groupe familial et expliquer les adaptations thérapeutiques éventuellement nécessaires ;
- réévaluer, le cas échéant, les interactions familiales, l'apparition de facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;
- synthétiser le dossier et informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

Cette consultation est annuelle et ne peut être facturée qu'une année après la première consultation définie ci-dessus.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée **MAF** (majoration consultation annuelle famille).

Ces deux majorations **MPF** et **MAF**, liées à ces deux consultations familiales, sont cumulables avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis.

La valeur de ces majorations est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.5 - Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique

Abrogée par décision UNCAM du 18/07/05. Voir Chapitre 19 de la CCAM (codes YYYYY008 et YYYYY011).

Article 15 - Contenu de la consultation, de la visite (modifié par la décision UNCAM du 18/07/05)

La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué.

Article 15.1 - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires

La consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires inclut l'examen du patient, la réalisation d'un électrocardiogramme d'au moins douze dérivations sur un appareil de trois pistes minimum et éventuellement la réalisation d'une ou plusieurs échographie(s) en mode TM.

Cette consultation spécifique (CsC) implique la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques. Avec l'accord du patient, elles sont transmises au médecin traitant. Le médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires qui effectue cette consultation peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant, chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

La cotation CsC ne peut être appliquée dans le cadre du suivi direct du patient.

Elle ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés.

Article 15.2 – Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur

La consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur (CALD) a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient.

Cette consultation approfondie fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination de ses soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique, notamment par des conseils d'hygiène de vie.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis.

La cotation **CALD** ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés.

La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Article 15.2.1 – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS :

- Antécédent personnel ou familial de mélanome
- Phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs)
- Nombre élevé de nævus, de nævus de grande taille, de nævus atypiques
- Antécédents ou mode de vie avec expositions solaires intenses

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- Recueillir les antécédents personnel et familiaux, les habitudes d'exposition solaires
- Réaliser un examen cutané du corps entier
- Réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte
- Informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non exposition solaire et d'auto surveillance cutanée
- Synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant

Cette consultation ne peut être tarifée qu'une fois par an. Elle est dénommée CDE.

Article 15.2.2 Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28ème jour réalisée par un pédiatre (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Cette consultation permet un soutien à la parentalité, un dépistage et un suivi des pathologies du nouveau-né.

Lors de cette consultation ou de cette visite entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour, le pédiatre doit notamment :

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère,
- pratiquer un examen complet de l'enfant, orienté notamment vers le dépistage des anomalies congénitales, des déficiences et renseigner la rubrique du carnet de santé concernant l'examen clinique de l'enfant dans la période périnatale,
- porter sur le carnet de santé de l'enfant les observations médicales, les interventions, et les prescriptions éventuelles qu'il juge utile de mentionner,

Elle ne s'applique pas dans le cadre d'un enfant hospitalisé en continu pendant son 1^{er} mois.

Cette consultation ou visite effectuée par le pédiatre ouvre droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, aux majorations **MBB, FPE** et **MNP**.

Article 15.2.3. Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

La visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neuro-dégénérative identifiée, particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson.

Cette visite est dénommée VL. Elle peut être tarifée une fois par an, et / ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement, nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels, et, les moyens mis en place.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

- Réalise une évaluation gériatrique comprenant notamment l'évaluation de l'autonomie et des capacités restantes, l'évolution des déficiences (cognitives, sensorielles, nutritionnelles, locomotrices), l'évaluation de la situation familiale et sociale
- Assure la prévention de la iatrogénie médicamenteuse
- Repère chez les aidants naturels d'éventuels signes d'épuisement physique et/ou psychique
- Informe le patient et les aidants naturels
 - o sur les coordinations possibles avec d'autres intervenants
 - o sur les structures d'aide à la prise en charge : accueil de jour, hébergement temporaire, réseaux et associations,
 - o sur la possibilité de formation pour les aidants naturels
 - o sur la possibilité d'une protection juridique du patient
- Inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

Article 15.2.4 – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Cette consultation est réalisée à la demande du médecin traitant, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande. Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant.

Article 15.3 - Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation (créée par décision UNCAM du 27/04/06)

La majoration de la consultation pour prescription d'un appareillage de première mise (**MTA**) s'applique pour :

- la prothèse du membre supérieur (LPP, titre II, chapitre VII, section I, rubrique A) ;

- la prothèse du membre inférieur (LPP, titre II, chapitre VII, section II, rubrique A) ;
- l'orthopédie du tronc (LPP, titre II, chapitre VII, section III, rubrique A, sauf appareils TR12, TR23, TR24, TR25, TR27, TR59, TR79 du paragraphe 1) ;
- le fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique (LPP, titre IV, chapitre Ier, rubrique B) ;
- le fauteuil roulant verticalisateur (LPP, titre IV, chapitre Ier, rubrique C).

Cette prescription d'appareillage doit comporter toutes les précisions utiles à sa bonne exécution et notamment la référence à l'un des appareils inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le **DA** mentionné au b de l'article 4.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par arrêté du **03/02/05***. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la **MCS** mentionnée à l'article 7.2* du même arrêté et avec la majoration forfaitaire transitoire **MPC** (article 2 bis).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la **MTA** peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la **MPC** applicable pour ces patients. La valeur de la **MTA** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 15.4 - Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie (créée par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 06/07/07 et du 20/12/11)

La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE) ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est applicable pour les consultations suivantes, en coordination avec le médecin traitant.

1) Diabète inaugural ou compliqué insulino dépendant ou insulino requérant

Cette consultation concerne les patients :

- ◆ diabétiques de type 1
 - lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1 ;
 - lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;
 - lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardiovasculaires et lésions du pied);

- ◆ diabétiques de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant
 - lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant ;

- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;
- lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;

* Actualisation en cours : modification de la référence suite à la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

- lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical (histoire de la maladie, compte-rendu d'hospitalisation, faits nouveaux depuis la sortie d'hospitalisation ou depuis le dernier contact, ressenti du patient, comorbidités, examens complémentaires, carnet de surveillance...),
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'auto surveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2) Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

- ◆ thyroïdite, maladie de Basedow,
- ◆ cancer thyroïdien,
- ◆ hyperthyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications,
- ◆ pathologie hypothalamo – hypophysaire,
- ◆ pathologie du métabolisme hydrique,
- ◆ pathologie des glandes surrénales,
- ◆ pathologie des glandes parathyroïdes,
- ◆ tumeur endocrine de l'ovaire,
- ◆ tumeur endocrine du pancréas,
- ◆ affection pluri-endocrinienne.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical,
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation.

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et

l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la MPC applicable pour ces patients.

La valeur de la MCE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2.

Article 16 - Visite unique pour plusieurs malades

Lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, seul le premier acte est compté pour une visite ; les suivants sont considérés comme des consultations, il ne peut être compté plus de deux consultations en sus de la première visite.

Les soins donnés à chaque malade doivent être notés sur une feuille de maladie spéciale à ce malade.

Article 17 – Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade

Les consultations et les visites des médecins généralistes, des médecins spécialistes qualifiés et des médecins neuropsychiatres, psychiatres ou neurologues qualifiés (au cabinet du praticien ou au domicile du malade) sont affectées du coefficient 1.

Article 18 – (modifié par décision UNCAM du 06/12/05)

A. Consultation entre deux médecins généralistes

Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux praticiens :

- pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C 1,5 ;
- pour le second médecin : V 1,5

B. Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins (modifié par décision UNCAM du 27/04/06, 05/12/06, 17/01/11 et du 20/12/11)

Principes

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant¹ ou, par dérogation pour le stomatologiste, à la

¹ Le médecin traitant (tel que défini dans la convention approuvée par arrêté le 03/02/05*) est le médecin déclaré comme tel par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie. Pour un patient de moins de 16 ans, le médecin traitant sera celui qui demande l'avis du consultant.

* Actualisation en cours : modification de la référence suite à la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 NGAP – Version Juin 2012

demande explicite du chirurgien dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 6 mois suivants.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue, de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation et de l'électrocardiogramme.

Le médecin traitant ou le chirurgien dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Dérogations

- a) Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré anesthésique.
- b) Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

- c) Le psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, la première consultation sera cotée C2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

Champ et honoraires

a) Médecins spécialistes

L'avis ponctuel de consultant est accessible aux spécialistes suivants : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

b) Honoraires

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions rappelées au paragraphe ci-dessus intitulé « Principe »:

- C2 : consultation au cabinet du médecin spécialiste
- V2 : visite au domicile du malade
- C2,5 : consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue
- V2,5 : visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue

Cas particuliers

C2 des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter une C2, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

C2 des anesthésistes

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le chapitre 1er de la convention médicale*, la consultation pré-anesthésique définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant C3.

Article 18.1 - Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique (créée par décision UNCAM du 06/12/05, supprimée par décision UNCAM du 17/01/11)

* Actualisation en cours : modification de la référence suite à la nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Article 19 - Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale (modifié par la décision UNCAM du 18/07/05)

Lorsque le praticien traitant assiste à une intervention chirurgicale, il a droit (qu'il participe ou non à cette intervention) à un honoraire égal à :

K 10 pour les actes dont le tarif est compris entre 104,50 € et 167,20 €,
K 15 pour les actes dont le tarif est supérieur à 167,20 €.

À cet honoraire s'ajoute éventuellement une indemnité de déplacement établie dans les conditions ci-après :

- dans l'agglomération : V- C plus ISD, s'il y a lieu ;
- hors agglomération : indemnité horokilométrique suivant les dispositions de l'article 13, paragraphe C, la distance retenue pour le calcul de cette indemnité ne pouvant toutefois excéder celle qui sépare le domicile du praticien traitant de celui du chirurgien de même spécialité le plus proche.

Les dispositions du présent article s'appliquent lorsque le médecin traitant assiste à une intervention de curiethérapie pratiquée en salle d'opération.

Pour être honoré, le praticien traitant qui assiste à une intervention doit signer le protocole établi après chaque opération chirurgicale, *conformément aux dispositions du décret n° 56-284 du 09/03/1956 complétant le décret n° 46-1834 du 20/08/1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.*

Article 20 - Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05)

Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K, KC de la Nomenclature générale des actes professionnels ou avec ceux des actes de la **CCAM**, à l'exception des actes d'imagerie.

D'autre part sont compris dans l'honoraire de surveillance les injections sous-cutanées, intradermiques, intraveineuses, intramusculaires ou autres actes figurant au titre XVI de la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la **CCAM**.

a) a) Clinique médicale, par jour et par malade examiné

- C x 0,80 du 1^o au 20^o jour ;
- C x 0,40 du 21^o au 60^o jour ;
- C x 0,20 par la suite.

Ces honoraires forfaitaires de surveillance ne sont accordés que dans la mesure où le nombre de médecins de l'établissement assurant la surveillance constante dans cet établissement est au moins de un médecin pour trente malades.

b) Clinique chirurgicale (modifié par la décision UNCAM du 23/08/07)

1. Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15 ou d'un tarif égal ou supérieur à 31,35 €, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les 15 jours suivant l'intervention.
Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 15 jours, l'honoraire de surveillance est fixé à :
C x 0,20 par jour et par malade examiné.
2. Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15 ou d'un tarif inférieur à 31,35 €, l'honoraire est fixé à :
C x 0,20 par jour et par malade examiné.
3. Dans le cas où le malade ayant été mis en observation dans une clinique chirurgicale n'a pas subi d'intervention, les honoraires de surveillance sont fixés par jour et par malade examiné à :
 - du 1^o au 15^o jour
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin,
 - C x 0,40 par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux ;
 - au-delà du 15^o jour : C x 0,20.

c) Clinique obstétricale (modifié par la décision UNCAM du 23/08/07)

Dans le cas où l'état pathologique de la patiente impose une hospitalisation au cours de la grossesse, y compris pendant la période qui précède l'accouchement, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

- du 1^o au 15^o jour
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin;
 - C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.
- au-delà du 15^o jour : C x 0,20.

La cotation de l'accouchement comprenant les soins consécutifs pendant le séjour en maternité, dans la limite de sept jours, dans les cas exceptionnels où l'état pathologique impose la prolongation de l'hospitalisation, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

- du 8^o au 15^o jour :
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin;
 - C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.
- au-delà du 15^o jour : C x 0,20.

d) Maisons de santé pour maladies mentales

Par jour et par malade examiné, l'honoraire de surveillance médicale est de C x 1 à condition que le nombre de médecins de l'établissement qualifiés en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, assurant la surveillance constante dans cet établissement soit au moins d'un médecin pour 30 malades, étant entendu qu'un même spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de 30 malades au cours d'une même journée.

Lorsque, par suite d'accords particuliers, la surveillance médicale est prise en compte lors de la détermination du prix de journée, le bénéfice de ces accords ne peut se cumuler avec celui des honoraires prévus ci-dessus.

e) Maisons de repos et de convalescence

C x 0,80 par malade examiné et par semaine, sauf accords particuliers conduisant à la prise en compte de cette surveillance lors de la détermination du prix de journée.

Article 21 - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement

L'application de cet article a été suspendue par une décision ministérielle du 17/10/91.

La cotation des actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK est affectée d'un coefficient égal à 0,80.

Les dispositions relatives à la lettre clé AMK s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article L. 162.32 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 22 - Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05)

Un anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois, en vue d'une intervention, un malade, hospitalisé ou non note, sa consultation en CS, même si elle est suivie d'un acte d'anesthésie, les honoraires de cette consultation n'étant pas compris dans le forfait d'anesthésie.

Toutefois, l'anesthésiste-réanimateur ne peut noter qu'une seule CS avant une hospitalisation ou au cours de celle-ci.

Cette CS ne peut se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte de la CCAM autre que l'acte d'anesthésie.

Elle doit s'accompagner d'un compte rendu qui pourra être adressé au médecin-conseil à sa demande.

Article 23 - Majorations pour certains actes réalisés par des infirmiers (créé par décision UNCAM du 20/12/11)

Article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique de cotation AMI 1 ou 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU).

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale du Titre XVI, chapitre I, article 1, ni avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier(ère) (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II, article 5bis ;
- ou
- des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs.

Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Articles 24 -25-26 : abrogés par la décision UNCAM du 11/03/05