Fiche d'Information

Parcours de soins coordonnés

Établissements ex-DG
Établissements Privés ex-OQN

Historique des mises à Jour

Date Création : 23/09/2011

Version	Date MaJ	Détails Mises à Jour
V1	23/09/2011	Création
V4	01/09/2025	Mise à jour et publication
V5	04/09/2025	Précisions sur le tableau de la partie 5
V6	08/09/2026	Précisions sur APY

Table des matières

1 Principes 3
1.1 Les actes visés à l'hôpital 3
1.2 La désignation d'un médecin traitant et ses exceptions 3
1.2.1 Assuré de plus de 16 ans 3
1.2.2 Ayants-droits de moins de 16 ans 3
1.2.3 Exceptions au principe de désignation d'un médecin traitant 3
1.3 Indicateur parcours de soins des prestations exclues : 4
2 Les différentes situations du parcours de soins 5
2.1 L'assuré est dans le parcours de soins quand : 5
2.2 L'assuré est hors parcours de soins quand : 5
3 Les dispositions financières 6
3.1 Dans le parcours de soins 6
3.1.1 Lorsque le praticien intervient en tant que médecin correspondant 6
3.1.2 Dans le cadre de l'accès direct 8
3.1.3 L'urgence 8
3.2 Les sanctions applicables « Hors parcours de soins » : 9
3.3 Le calcul du remboursement dans et hors parcours de soins 10
3.3.1 Dans le parcours de soins (taux « habituel ») 10
3.3.2 Hors parcours de soins (taux « minoré ») 10
3.4 Cas d'exclusion à l'application de la Majoration du TM (MTM) 10
4 Renseigner le parcours de soins coordonnés en norme B2 11
5 Règles de prise en charge 15

Références réglementaires

La loi du 13/08/2004 et la convention médicale du 12/02/2005 fixent les principes d'un parcours de soins coordonné. Ces principes sont repris et complétés par la convention médicale du 20 juin 2024.
Articles L.162-5-3 et L162-26 du code de la Sécurité Sociale.
Articles D.162-1-6, D162-1-7 et D.162-1-8 du code de la Sécurité Sociale.
Article R. 160-6 du code de la Sécurité Sociale.
Arrêté du 02/08/2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié.
Arrêté du 28/07/2005 fixant le montant de la majoration de participation.
Décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie du 22/01/2009 sur le montant de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité Sociale.

Arrêté du 28 juin 2019 publié au du JO 30/06/2019 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés.

Références documentaires

Cahier des Charges B2 juin 2005-D disponible sur :
https://www.ameli.fr/paris/assure/documentation-technique/norme-b2
SFG FIDES - pour les éditeurs de logiciel de facturation

Objectif

Application du Parcours de Soins Coordonnés (PSC) en établissements aux actes et consultations externes.

Rappel : La réforme de l'Assurance Maladie instaurée par la loi du 13 août 2004 vise à organiser une prise en charge graduée des soins. Le dispositif clé, à savoir le parcours de soins coordonnés (PSC), est fondé sur le choix d'un médecin traitant choisi par chaque assuré pour être soigné, suivi et orienté dans le système de soins.

1 Principes

1.1 Les actes visés à l'hôpital

Les dispositions relatives au parcours de soins coordonnés s'appliquent, en établissements, aux **actes et consultations externes** uniquement, à l'exclusion des forfaits d'imagerie (mais pas des actes accompagnant ces forfaits), des forfaits ATU, FFM, SE, APE, (y compris les actes associés), des forfaits d'urgence, des actes d'anatomo-pathologistes, des expertises, des actes de dépistage.

1.2 La désignation d'un médecin traitant et ses exceptions

1.2.1 Assuré de plus de 16 ans

Le parcours de soins concerne **tous les assurés sociaux et leurs ayants droit âgés de 16 ans ou plus,** y compris les bénéficiaires de la C2S Complémentaire et les patients résidant en France et qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français.
Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme d'assurance maladie obligatoire. La désignation fait l'objet d'une déclaration commune du patient et du médecin choisi (généraliste ou spécialiste) exerçant en libéral ou dans un établissement de santé.
Les assurés sociaux et leurs ayants droit de plus de 16 ans qui ne désigneraient pas de médecin traitant sont considérés comme hors du parcours de soins et s'exposent à des majorations financières des actes ainsi que des remboursements minorés.

1.2.2 Ayants-droits de moins de 16 ans

Le dispositif médecin traitant est ouvert aux enfants de moins de 16 ans depuis 2016.
Ainsi les parents peuvent désigner, s'ils le souhaitent, un médecin traitant pour leur enfant de moins de 16 ans.
La désignation d'un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans n'étant pas obligatoire, aucune pénalisation en terme de remboursement en l'absence de médecin traitant ne doit être appliquée. La majoration du ticket modérateur (MTM) ne doit pas être facturée.
Par dérogation, pour un enfant de moins de 16 ans et en l'absence de médecin traitant les majorations MCS et MCC sont facturables (article 2bis NGAP).

1.2.3 Exceptions au principe de désignation d'un médecin traitant

Les bénéficiaires dispensés de la déclaration d'un médecin traitant :

- les patients qui relèvent d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français de passage (n° d'immatriculation commençant par 5 ou 6)

- les bénéficiaires de l'AME (N° de régime 95 indiqué en type 2 position 74-76)

Cas particuliers des détenus (IPS* « A ») :
Les personnes incarcérées, n'ayant pas le choix de leur médecin, ne sont pas soumises au parcours de soins coordonnés pendant la période de l'incarcération.
(Guide de prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice disponible sous le lien suivant : https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/personnes-detenues-personnes-placees-sous-main-de-justice/article/prise-en-charge-sanitaire).
Les soins sont organisés par l'administration pénitentiaire. Les divers documents d'ordre médical (prescriptions, protocoles de soins) sont établis par un médecin de l'unité sanitaire et sont opposables dans les mêmes conditions que s'ils étaient réalisés par un médecin traitant choisi par le patient. De même, pour le suivi d'une ALD pendant l'incarcération, c'est le médecin de l'unité sanitaire qui joue le rôle dévolu, dans les procédures de droit commun, au médecin traitant.
Lorsque la personne a été reconnue atteinte d'une ou plusieurs ALD avant son incarcération, le médecin de l'unité sanitaire doit se mettre en rapport avec le médecin traitant de la personne détenue ou, à défaut, avec le médecin-conseil compétent afin d'avoir communication du protocole de soins de l'intéressé. Les soins dispensés dans un établissement pénitentiaire en application d'un protocole conclu avec un établissement de santé sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part obligatoire. Il en est de même pour les soins dispensés en milieu hospitalier.

Cas particulier Mayotte (IPS* « à blanc »)
La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé procède à l'extension à Mayotte, du dispositif de parcours de soins coordonnés.
Le parcours de soins coordonnés y est partiellement transposé, en effet, la majoration de la participation de l'assuré en cas d'absence de déclaration de choix d'un médecin traitant ou en cas de consultation sans respect du parcours de soins n'est pas appliquée.

1.3 Indicateur parcours de soins des prestations exclues :

- Les forfaits techniques d'imagerie (toutefois les actes accompagnant ces forfaits sont soumis au parcours de soins coordonné) ; (IPS* « à blanc » pour les forfaits)
- Les forfaits ATU, FFM, SE et APE ; (IPS* « U »)
- Les forfaits et suppléments urgence ; (IPS* « à blanc »)
- Les soins réalisés lors d'une hospitalisation, y compris les dialyses et les forfaits IVG ; (IPS* « à blanc »)
- Les actes d'anatomo-pathologistes ; (IPS* « à blanc »)
- Les expertises ; (IPS* « à blanc »)
- Les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale cancer du sein (code acte ZM 41, associé à nature d'exonération 7 ou code CCAM QEQK004) ; (IPS* « à blanc »)
- Consultation de génétique prévue à l'article L 1131-1-2 du code de la santé publique dispensée à un membre d'une famille potentiellement concerné par une maladie génétique d'un patient ne souhaitant pas révéler lui-même l'information (décret N°2016-145 du 10 février 2016) (IPS* « à blanc »).

Remarque : Les règles du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le stomatologue ou le chirurgien-dentiste. (IPS* « à blanc »)

De même, ne sont pas concernées par le respect du parcours de soins les prestations réalisées par les professionnels de santé suivants :
- Les chirurgiens-dentistes ; (IPS* « à blanc »)
- Les sages-femmes ; (IPS* « à blanc »)
- Les auxiliaires médicaux ; (IPS* « à blanc »)

- Les laboratoires ; (IPS* « à blanc »)
- Les biologistes ; (IPS* « à blanc »)

* IPS : indicateur parcours de soins type 2 position 121

2 Les différentes situations du parcours de soins

2.1 L'assuré est dans le parcours de soins quand :

Il consulte son **médecin traitant**.

A la demande de son médecin traitant, il consulte un autre médecin, appelé **médecin correspondant** (IPS* « O ») :
- soit pour un avis ponctuel,
- soit pour des séquences de soins faisant intervenir plusieurs spécialités différentes pour une même pathologie,
- soit pour des soins itératifs dans le cadre d'un plan de soins ou dans le cadre d'un protocole de soins ALD.

Il est orienté par un médecin qui n'est pas son médecin traitant. (IPS* « M »)

Il consulte un médecin en **accès direct spécifique** (spécialités et conditions détaillées en paragraphe 3.1) : gynécologie médicale et obstétricale, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie pour un patient de moins de 26 ans, stomatologie (uniquement pour des soins bucco dentaires). (IPS* « D »)

Il consulte un médecin dans le cadre d'une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie. (IPS* « A »)

Il est hors de sa résidence habituelle. (IPS* « H »)

Il consulte un médecin de remplacement si son médecin traitant est indisponible. (IPS* « R »)

Le médecin consulté doit procéder à un **retour d'information vers le médecin traitant** du patient.

2.2 L'assuré est hors parcours de soins quand :

Il n'a pas déclaré de médecin traitant. (IPS* « S »)

Il consulte un autre médecin sans être orienté par son médecin traitant et hors cas particuliers listés ci-dessus. (IPS* « S »)

* IPS : indicateur parcours de soins type 2 position 121

3 Les dispositions financières

3.1 Dans le parcours de soins

Les tarifs applicables sont ceux de la consultation ou de l'acte technique réalisé.

Selon l'article 2 de la NGAP, dans le cadre du parcours de soins coordonnés (consultations à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs, consultations de médecin en accès spécifique, consultations à la demande du médecin correspondant) le médecin qui procède à un retour d'information vers le médecin traitant facture en sus de la consultation une majoration de coordination :

- MCS (majoration de coordination pour spécialistes) pour le médecin spécialiste correspondant ;
- MCC (majoration de coordination pour cardiologues) pour le cardiologue en cumul avec la CSC ;
- MCG (majoration de coordination pour généralistes) pour le médecin généraliste.

Par dérogation pour un enfant de moins de 16 ans et en l'absence de médecin traitant la MCS et la MCC sont facturables. La MCG ne bénéficie pas de cette tolérance, lorsque l'enfant n'a pas de médecin traitant désigné, le médecin généraliste ne peut pas bénéficier de la MCG.

Exception à la règle de cotation de la MCS et de la MCC : si un médecin traitant est déclaré pour l'enfant, un retour d'information doit être réalisé.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu par la convention médicale en vigueur.

Remarque : Lorsqu'à l'occasion d'une consultation d'un bénéficiaire de la C2S, le médecin correspondant, indépendamment de son secteur d'exercice, a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

3.1.1 Lorsque le praticien intervient en tant que médecin correspondant

a. Principes

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.
Tous les spécialistes peuvent coter un avis ponctuel de consultant y compris les médecins spécialistes de médecine générale (code spécialité 22 et 23). L'avis ponctuel de consultant est applicable dès lors que la demande émane du médecin traitant.
Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant peut également coter un avis ponctuel de consultant quand le patient est adressé par le remplaçant du médecin traitant ou son associé.
Pour un patient en déplacement en dehors de sa résidence principale, est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, doit :

- Adresser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques ;
- Ne pas donner au patient de soins continus et laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.
- Ne pas avoir reçu le patient dans les quatre mois précédant l'avis ponctuel et ne pas le revoir dans les quatre mois suivants.

Par définition, 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.

Pour des soins itératifs ou séquencés, la cotation est celle de l'acte technique sans majoration ou celle de la consultation, à laquelle s'ajoute soit la MCG (majoration de coordination généraliste) soit la MCS (majoration de coordination spécialiste).

La cotation des avis de consultants est la suivante :

- APC : avis ponctuel de consultant du médecin spécialiste
- APY : avis ponctuel de consultant d'un psychiatre, neuropsychiatre, d'un neurologue ou d'un gériatre
- APU : avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

L'APC et l'APU ne se cumulent pas avec d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

- Cumul à taux plein des honoraires de la radiographie pulmonaire et de la consultation du pneumologue, de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ; de l'électrocardiogramme et de la consultation, de l'acte de prélèvement cervicovaginal JKHD001)
- Cumul à 50% des honoraires avec les actes de biopsie suivants : QZHA001, QZHA005, BAHA001, CAHA001, CAHA002, GAHA001, HAHA002, QEHA001, JHHA001, JMHA001.

b. Cas particuliers

- Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter un APC, 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 APC s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

- La consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée telle que définie par le code de la santé publique peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologist (classification ASA).

La première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée et lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient, peut également donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 du score ASA.

- Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant peuvent appliquer l'APU.

- Les avis de consultants **ne sont pas facturables avec une majoration de coordination, de nuit ou férié** à l'exception du cas particulier de l'anesthésiste prévu à l'article 22 de la NGAP et du chirurgien.

- L'avis de consultant n'est pas facturable en association avec les forfaits ATU, FFM, SE et APE :

En effet, l'article 18 de la NGAP précise que 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 ». Or, par nature, le traitement d'un patient bénéficiant de prestations hospitalières (non suivies d'hospitalisation) nécessite l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant (ex. IDE et médecin). Par ailleurs s'agissant plus particulièrement du forfait ATU (facturable en urgences gynécologiques), la facturation d'un avis de consultant est incompatible avec le cadre des urgences (hors cas particulier du chirurgien voir supra).

3.1.2 Dans le cadre de l'accès direct

L'accès direct (sans orientation par le médecin traitant et pour les patients qui ont déclaré un médecin traitant, (IPS* « D ») est réservé aux spécialités suivantes et pour certains de leurs actes ou de leurs patients, à savoir :

Ophtalmologie (code spécialité 15) : troubles de la réfraction oculaire (prescription et renouvellement de verres correcteurs), actes de dépistage et de suivi du glaucome ; dépistage et suivi de la DMLA ;

Gynécologie (code spécialité 07 ; 70 ; 77 ; 79) pour certains actes spécifiques (examen clinique gynécologique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse, l'interruption de grossesse médicamenteuse) ;

Psychiatrie et neuropsychiatrie (code spécialité 17 ; 33 ; 75) pour les patients de moins de 26 ans à la date des soins ;

Stomatologie (code spécialité 18 ; 44 ; et 69) pour les actes bucco-dentaires (soins de prévention bucco-dentaires, soins conservateurs, soins chirurgicaux, soins de prothèses dentaires, traitement d'orthopédie dento-maxilo-faciale).

3.1.3 L'urgence

L'urgence est définie au paragraphe 1.1 (cf. « les actes visés à l'hôpital »).



Les majorations de coordination MCS et MCG ne sont pas applicables aux consultations réalisées dans le cadre de l'urgence (actes associés au forfait ATU facturable dans le cas des urgences gynécologiques orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique)

Remarque :

Les urgences obstétricales (IPS* « U ») ne donnent pas lieu à facturation d'un ATU (sont considérées comme urgences obstétricales, les urgences survenant chez une femme ayant fait une déclaration de grossesse).

3.2 Les sanctions applicables « Hors parcours de soins » :

Le bénéficiaire se situe en dehors du parcours de soins lorsqu'il consulte un praticien **sans avoir déclaré au préalable un médecin traitant** ou **sans avoir été orienté au préalable** par celui-ci sauf cas d'accès direct.

Le patient reste libre de consulter directement un médecin autre que son médecin traitant, mais il est alors considéré hors parcours de soins et subit alors des conséquences financières.

Les mesures applicables en cas de non-respect du parcours de soins :

a. La majoration du ticket modérateur (MTM)

Le montant de la majoration du ticket modérateur, applicable à chaque acte exécuté est fixé à ce jour à **40%** de la base de remboursement. Ce montant est *plafonné*.
Le plafond s'élève à **10,60 €** maximum depuis le 1er novembre 2023**.**

b. Le Dépassement Autorisé (DA)

Le patient qui consulte un spécialiste, sans être orienté par son médecin traitant, supporte pour chaque acte technique ou clinique une majoration tarifaire.
Le montant du dépassement autorisé, versé à l'établissement de santé, est plafonné à hauteur de **17,5%** de la base de remboursement par acte effectué, arrondi à l'euro supérieur.

La convention médicale (article 11.2) précise que les bénéficiaires de la C2S hors parcours de soins coordonnés ne sont pas concernés par l'application du DA.

« Lorsque le patient n'a pas respecté les règles du parcours de soins coordonnés, et **excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire**, les médecins spécialistes conventionnés, appliquant les tarifs opposables, sont autorisés à pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA). »

3.3 Le calcul du remboursement dans et hors parcours de soins

3.3.1 Dans le parcours de soins (taux « habituel »)

Les règles suivantes s'appliquent aux actes techniques et cliniques pratiqués :

	Montant remboursable AMO = BR_AMO * taux de remboursement AMO
	Montant remboursable AMC = BR_AMC * (1 - taux de remboursement AMO)

3.3.2 Hors parcours de soins (taux « minoré »)

La règle suivante s'applique aux actes techniques et cliniques pratiqués :

	La MTM de 40% est calculée sur une BR_AMO "prime" qui ne tient pas compte de l'application des coefficients correcteurs : Montant remboursé AMO = {BR_AMO * taux de remboursement AMO} - [minimum entre (**BR_AMO'** * taux MTM) et plafond] ☞ *Avec BR_AMO = [(PU * Qté * Coeff.) x (Coeff MCO)] et **BR_AMO' = (PU * Qté * Coeff.)***

Les organismes complémentaires, depuis le 1er janvier 2006, intègrent dans leurs contrats la notion de parcours de soins coordonnés.

Les contrats responsables prévoient l'interdiction de prise en charge par l'assurance maladie complémentaire de la majoration de participation de l'assuré ainsi que du dépassement autorisé (DA).

3.4 Cas d'exclusion à l'application de la Majoration du TM (MTM)

Les conséquences tarifaires ne sont pas applicables dans les cas suivants :

Lorsque l'assuré est hors de son lieu de résidence habituelle (IPS « H »)

Lorsque, à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués et qu'ils font l'objet d'un plan de soins. (IPS « O »)

Militaire consultant sur prescription du Service de Santé des Armées (IPS « A »)

Centre de planification familiale (IPS « A »)

En cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie si cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. (IPS « O »)

Pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins ALD. (IPS « O »)

Lors des consultations hospitalières de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies. (IPS « A »)

Pour les soins exécutés au titre des assurances AT/MP et maternité (IPS « à blanc »)

Pour les consultations de génétique prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1131-1-2 du code de la santé publique. (IPS « A »)

* IPS : indicateur parcours de soins type 2 position 121

4 Renseigner le parcours de soins coordonnés en norme B2

Les indicateurs sont des valeurs abrégées permettant de caractériser une situation dans le parcours de soins coordonnés. (cf. Cahier des Charges B2 juin 2005-D)

Le parcours de soins doit être renseigné en type 2S de la norme CP :

- Top déclaration médecin traitant (Position : 71)

- Nom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté (Position : 72-96)

- Prénom du médecin traitant ou du praticien qui a orienté (Position : 97-111)

- Indicateur du parcours de soins (Position : 121)

- Indicateurs :

IPS en position 121 si	Article D161.1.6 du code de la Sécurité Sociale	Accès direct	Hors résidence	Orienté	Orientation par un médecin autre que le médecin traitant	Nouveau médecin traitant	MT remplacé	Urgence	Hors parcours
L'assuré a un médecin traitant	A	D	H	O	M	N	R	U	S
Majoration du TM	non	non	non	non	non	non	non	non	oui
L'assuré n'a pas de médecin traitant	A	S	H	S	S	N	S	U	S
Majoration du TM	non	oui	non	oui	oui	non	oui	non	oui

- Exemple de facture B2 pour un assuré C2S hors parcours de soins avec application du plafond de 10,60€ :

- Type 2S : position 121 Indicateur du parcours de soins : « S »

- Type 4 :

Acte Pos. 76-80	Prix unitaire Pos. 91-97	Quantité Pos. 81-82	Coef. Pos. 83-88	Base de remboursement Pos. 98-104	Taux Pos. 105-107	Montant remboursable AMO Pos. 108-114	Montant des honoraires Pos. 118-121	AMC Pos. 123-128
APC	60	1	1	60	70%	31,40	60	28,60

Base de remboursement : Arrondi (Arrondi (PU* Qté*coefficient) * coefficient MCO) (le coefficient MCO est égal à 1)
Majoration du TM = le minimum entre (arrondi (arrondi (PU*Qté*Coefficient) *40%) et 10,60€. Dans l'exemple, ce montant réel de la majoration du TM est égal à 24€ mais on applique le plafond réglementaire de 10,60€.
Montant remboursable AMO : Arrondi (base de remboursement * taux) – Majoration du TM. Dans l'exemple est égal à 42€-10,60€ = 31,40€
Montant des honoraires : montant AMO + montant AMC
Montant AMC : Arrondi (PU*Qté*Coefficient) – arrondi (arrondi (PU*Qté*Coefficient)*(1-taux AMO)) + minimum entre arrondi (arrondi (PU*Qté*Coefficient)*40%) et 10,60 soit dans l'exemple 60*30% + minimum entre 24 et 10,60 = 18 + 10,60

- Exemple de facture B2 pour un assuré lambda hors parcours de soins :

- Type 2S : position 121 Indicateur du parcours de soins : « S »

- Type 4 :

Acte Pos. 76-80	Prix unitaire Pos. 91-97	Quantité Pos. 81-82	Coef. Pos. 83-88	Base de remboursement Pos. 98-104	Taux Pos. 105-107	Montant remboursable AMO Pos. 108-114	Montant des honoraires Pos. 118-121	AMC Pos. 123-128
G	30	1	1	30	70%	21	30	

L'établissement ne doit pas minorer le remboursement de l'assuré : il doit facturer comme s'il était dans le parcours. La minoration est calculée par le Système d'Information de l'Assurance Maladie.

- Exemple de facture B2 pour un assuré en ALD sans médecin traitant :

- Type 2S : position 121 Indicateur du parcours de soins : « S »
  Type 4 :

Acte Pos.76-80	Prix unitaire Pos. 91-97	Quantité Pos. 81-82	Coeff. Pos. 83-88	Base de remboursement Pos. 98-104	Taux Pos. 105-107	Montant remboursable AMO Pos. 108-114	Montant des honoraires Pos. 118121
G	30	1	1	30	100%	30	30

La majoration du ticket modérateur ne s'applique pas lorsqu'un assuré en ALD est sans médecin traitant et consulte pour des soins en rapport avec le protocole.

- Exemple de facture B2 pour bénéficiaire de moins de 16 ans :

- Type 2S : position 121 Indicateur du parcours de soins : « à blanc »

- Type 4 :

Acte Pos. 76-80	Prix unitaire Pos. 91-97	Quantité Pos. 81-82	Coeff. Pos. 83-88	Base de remboursement Pos. 98-104	Taux Pos. 105-107	Montant remboursable AMO Pos. 108-114	Montant des honoraires Pos. 118-121
CS	26,50	1	1	26,50	70%	18,55	26,50
MCS	5	1	1	5	70%	2.10	5

5 Règles de prise en charge

Lettres-clé / Taux relatifs au remboursement des actes et consultations

Situation de l'assuré au regard du PSC	G	CS	CNP	CSC	CCAM	Majorations liées au parcours de soins
Assuré moins de 16 ans avec médecin traitant ou non	70%	70%	70%	70%	70% de l'acte	MCS 70% MCG 70% MCC 70%
Accès direct avec Indicateur PSC à « D »	Non concerné	70%	70% pour un assuré de moins de 26 ans	Non concerné	70% de l'acte	MCS 70%
Assuré de plus de 16 ans avec MT déclaré et Indicateur de PSC à « O »	70%	70%	70%	70%	70 % de l'acte	MCS 70% MCG 70% MCC 70%
Assuré de plus de 16 ans sans MT ou hors PSC avec indicateur PSC à « S » et application de la majoration du TM*	70% BR de la G – MTM	70% BR de la CS – MTM	70% BR de la CNP – MTM	70% BR de la CSC – MTM	70% BR de l'Acte CCAM – MTM	Pas de majorations (la MCG et la MCS sont facturables aux assurés C2S)

* L'établissement ne doit pas minorer le remboursement de l'assuré : il doit facturer comme s'il était dans le parcours. La minoration est calculée par le Système d'Information de l'Assurance Maladie