Historique des mises à jour

Date Création : 24/05/2017
Référent technique : CNAM

Version	Date MaJ	Détails Mises à Jour
V0.1	24/05/2017	Création
V0.2	26/06/2017	Revalorisations tarifaires du 01/07/2017 – spécialités 22-23
V0.3	25/09/2017	Paliers du 1er octobre, avis consultant et 1er novembre, consultations complexes
V0.4	08/12/2017	Palier du 1er janvier, consultation d'urgence
V0.5	01/02/2018	Précisions consultations d'urgence / COE
V0.6	17/12/2018	Ajout des consultations CTE et CSE (avenant N°6 convention médicale)
V0.7	28/02/2020	Précisions CCP sages-femmes, COE, APC chirurgiens-dentistes spécialistes et anesthésistes réanimateurs
V0.8	05/10/2020	Ajout « Consultation bucco-dentaire complexe » via code CCX pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap »
V0.9	21/03/2022	Mise en œuvre avenant 9
V0.10	03/09/2024	Nouvelle convention médicale
V0.11	31/10/2024	Correction coquille page 13 suite à inversion des tarifs COD COB
V0.12	09/12/2024	Corrections coquilles et ajout CDE et forfait FSD
V0.13	31/01/2024	Ajout précisions facturation CS/pédiatres
V0.14	19/06/2025	Report revalorisations et mesures au 01/07/2025
V0.15	07/11/2025	Revalorisations et mesures au 01/01/2026

Table des matières

Historique des mises à jour 1

Références réglementaires 3

Objectif 3

Prestations et majorations facturables par les établissements Ex-DG et par les établissements Ex-OQN pour leurs médecins salariés dans le cadre des actes et consultations externes (y compris en sus des forfaits - ATU, FFM, SEx, APE) 4

1. Consultations généralistes et spécialistes 4
2. Consultations enfants 5
3. Consultations complexes 7
4. Majorations 11
5. Majorations du parcours de soins pour les enfants 11
6. Avis de consultant 12
7. CCAM 13
8. Tableaux récapitulatifs 14

Annexe : Honoraires facturables par les médecins libéraux en sus d'un séjour ou d'un forfait ATU, FFM, SE et APE. 16

Références réglementaires

Arrêté du 20 juin 2024 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024.

Décision UNCAM du 29 octobre 2024 modifiant les livres II et III de la liste des actes et prestations (JO du 30 novembre 2024)

Circulaire Cnam CIR-25/2024 relative à la présentation de la convention médicale du 4 juin 2024 applicable aux médecins libéraux.

Circulaire Cnam CIR-32-2024

Objectif

Cette fiche a pour objet d'actualiser et de recenser les **prestations** et **majorations** facturables par les établissements ex-DG et par les établissements ex-OQN pour leurs **médecins salariés** dans le cadre des actes et consultations externes (y compris en sus des forfaits- ATU, FFM, SEx, APE).
Compte tenu :

- Des décisions UNCAM relatives à la mise en œuvre de la convention médicale et de la convention des chirurgiens-dentistes,
- Des dispositions de l'arrêté du 28 juin 2019 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés (voir fiche « Majorations en ACE »),

Elle fera l'objet de mise à jour au fur et à mesure de la parution des décisions UNCAM relatives à la mise en œuvre de la convention médicale et à leur déclinaison en établissements de santé.

Cette fiche est complétée par une annexe apportant des précisions sur les modalités de facturation des actes réalisés par les **médecins libéraux** en établissement ex-OQN au cours d'un séjour ou en sus des forfaits urgence, sécurité et environnement (ATU, FFM, SEx, APE).

Prestations et majorations facturables par les établissements Ex-DG et par les établissements Ex-OQN pour leurs médecins salariés dans le cadre des actes et consultations externes (y compris en sus des forfaits - ATU, FFM, SEx, APE)

1. Consultations généralistes et spécialistes

Les consultations des médecins généralistes sont facturées par le code prestation G (pour les spécialités 01, 22 ou 23) à compter du 22/12/2024. La consultation du généraliste (G) est facturable au tarif de 30 €.

Les consultations des médecins spécialistes restent facturées avec les prestations CS, CNP, CSC. La GS supprimée à partir du 22/12/2024 en NGAP.

Ces codes actes seront, le cas échéant complétés par les majorations autorisées en ACE (MCG, MEG, Nuit, Férié…).

Ces consultations sont revalorisées :

Prestations	22/12/2024	01/01/2026
CNP (spécialités 17,32, 33 et 75)	50€	52€
CS	26,50	
CS gynécologues médicaux (spé 70, 79)	32€	35€
CS gériatres (spé34)	32€	37€
CS spécialistes en médecine physique et réadaptation (spé 31)	31€	35€

La majoration MPC est supprimée et son tarif est intégré dans le tarif de la consultation de référence.

Consultations longues du médecin traitant

La convention médicale de 2024 créé des consultations longues du **médecin traitant** pour les personnes âgées de 80 ans et plus.

Ces consultations sont les suivantes :

GL1 : *consultation longue de sortie d'hospitalisation*

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL1 lorsqu'il réalise une consultation dans les 45 jours après la sortie d'une hospitalisation de son patient de 80 ans et plus afin d'éviter une ré-hospitalisation.

GL2 : *consultation longue de déprescription de patients hyperpolymédiqués*

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL2 lorsqu'il réalise une consultation longue de déprescription pour son patient de 80 ans et plus ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuie sur un bilan de médication réalisé en pharmacie sur prescription **du médecin traitant**.

La consultation GL2 peut également s'appuyer sur le bilan réalisé par le pharmacien en accès direct ou prescrit par un médecin autre que le médecin traitant.

GL3 : *consultation longue d'orientation vers un parcours médico-social*

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL3 lorsqu'il réalise une consultation avec remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour un patient de 80 ans et plus.

Ces prestations sont facturables une fois par an au tarif de 60€.

2. Consultations enfants

Consultations obligatoires

La prestation COE « consultation obligatoire enfant » est facturable par les établissements de santé dans les conditions définies à l'article 14.9 de la NGAP.
Elle est facturée par un médecin (généraliste ou pédiatre) pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (dans les 8 jours suivant la naissance, 9ème mois ou 10ème mois et 24ème ou 25ème mois).

A compter du 01/01/2026, la COE est facturable au tarif de 60€.

Consultations obligatoires	Généralistes (01,22,23)	Pédiatres (12)
8 jours suivant la naissance – 9ème ou 10 mois - 24ème ou 25ème mois	COE 60€ au 01/01/2026	COE 60€ au 01/01/2026
Enfants de moins de deux ans	COD 35€	COH 50€ au 01/01/2026
Enfants entre deux et six ans		COK 35€
Enfants à partir de 6 ans	COB 30€	COG 31,5€

Le transfert de la prise en charge financière sur le risque « maladie » pour les examens réalisés à partir du 13ème jour de l'enfant à compter du 1er mars 2019, implique que seul le 1er examen, qui doit se dérouler dans les 8 jours suivant la naissance, reste à facturer sur le risque « maternité ». Ainsi le premier examen dans les huit jours suivant la naissance est pris en charge au titre de l'assurance

maternité (assurance 30) excepté si le patient est bénéficiaire de l'AME ou si l'enfant est hospitalisé en unité de néonatologie. Les deux suivants sont pris en charge au titre de l'assurance maladie.

Les majorations d'urgence de dimanche ou jour férié et de nuit ne s'appliquent pas à la COE.

Tous les certificats et comptes-rendus issus des consultations obligatoires de l'enfant réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres doivent être dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique.

Consultations de suivi de l'enfant

Les médecins généralistes bénéficient d'une majoration **MEG** de 5 € pour la prise en charge des enfants de moins de 6 ans (prévue à l'article 14.7 de la NGAP).
Pour les pédiatres, de nouvelles prestations sont créées : la CEH pour les enfants de moins de deux ans, la CEK pour les enfants de deux à moins de six ans et la CEG pour les enfants de 6 ans et plus.
Ces prestations ne se cumulent pas avec la MCS.

Les pédiatres ne doivent plus facturer de consultations avec le code acte CS.

Consultations de suivi	Généralistes	Pédiatres
Enfants de moins de six ans	G + MEG 30€ + 5€	
Enfants de moins de deux ans		CEH 40€ au 01/01/2026
Enfants entre deux et six ans		CEK 35€ au 22/12/2024
Enfants à partir de six ans		CEG 31,5€ au 22/12/2024

La consultation de recours au pédiatre

Une consultation de recours au pédiatre est créée : la CEP valorisée à 60€ est mise en œuvre au 01/01/2026. Cette consultation doit être réalisée sur adressage écrit du service de protection maternelle et infantile (PMI), de la médecine scolaire, d'une sage-femme, d'un orthophoniste ou d'un orthoptiste. Le pédiatre fait un retour écrit au demandeur et au médecin traitant.
Cette consultation ne peut être facturée plus d'une fois par an pour une sollicitation du même demandeur, et dans la limite de 3 fois par an pour un même patient.

3. Consultations complexes

➢ **A compter du 01/11/2017**

La consultation CCP *(*Consultation Contraception et Prévention*),* est facturable par les établissements de santé au tarif de 46 €, avec une prise en charge de 100%.
Elle se facture une seule fois par patiente, pour un médecin généraliste, un pédiatre ou un gynécologue, pour les jeunes filles de 15 à 17 ans inclus. Elle est non cumulable avec les majorations MCG et MCS.
A compter du 10 février 2019, elle est également facturable pour une sage-femme, uniquement par les établissements ex-DG.
A compter du 01/04/2022**,** la consultation CCP a été élargie aux sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale et désormais ouverte aux jeunes hommes. Elle est de ce fait renommée « Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles ».
Elle est facturable **une seule fois** pour les jeunes de moins de 26 ans par un médecin généraliste (spécialités 01 ou 22, 23), un gynécologue/gynécologue-obstétricien (spécialités 07 et 70), un pédiatre (spécialité12) pour les jeunes de moins de 26 ans ou une sage-femme (spécialité 21) pour les jeunes femmes uniquement.

Les deux consultations complexes CSM (Consultation de Sortie Maternité) **et CSO** (Consultation Suivi de l'Obésité) sont facturables par les établissements via **la prestation de regroupement CCX** au tarif de 46 € :

- La consultation CSO est un suivi et une coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans inclus en risque avéré d'obésité réalisée par le médecin traitant. Elle est facturée au maximum deux fois par an par patient ;
- La consultation CSM est réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ème jour de vie, par un pédiatre.

Les consultations très complexes EPH (Enfant Pathologie Handicap) et **CGP** (Consultation Grand Prématuré), sont facturables par les établissements via **la prestation de regroupement CCE** au tarif de 60 € :

- La consultation EPH est un suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier réalisée par un pédiatre. Elle peut être facturée une fois par trimestre par patient. L'EPH est ouverte aux médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation à compter du 22 décembre 2024.
- La consultation CGP est un suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave, réalisée par un pédiatre. Elle peut être facturée 2 fois par an par patient.

➢ **A compter du 10/02/2019**

La consultation complexe CSE est une consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par an par un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre (spécialités 17, 32 et 33) via le code prestation CCX au tarif de 46 €.

La consultation très complexe CTE (consultation de repérage de trouble du spectre de l'autisme) est dédiée à la recherche de trouble du spectre autistique et comprend un examen clinique approfondi et le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant.
A partir du 01/04/2022, cette consultation a été étendue « aux troubles du neuro-développement - et aux troubles de la relation précoce mère/enfant. »
Elle est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre. Une consultation au plus par patient via le code prestation CCE au tarif de 60 € peut être facturée.

- **A compter du 08/08/2020**

L'avenant 3 de la convention dentaire des chirurgiens-dentistes prévoit une « Consultation bucco-dentaire complexe » pour les patients atteints de « handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap ».
Cette « Consultation bucco-dentaire complexe » peut être facturée par les dentistes (catégorie 4), chirurgiens-dentistes, chirurgiens-dentistes spécialité O.D.F., chirurgiens maxillo-faciale, chirurgiens maxillo-faciale et stomatologie au tarif de 46€ en métropole et 55,20€ dans les DROM avec prise en charge dans les conditions de droit commun (70% AMO-30%AMC) pour les deux conventions.
Le code affiné « CBX – Consultation bucco-dentaire Complexe » sera utilisé dans les logiciels éditeurs et sera transcodé pour tarification via **la prestation de regroupement CCX** (Consultation complexe).
La consultation bucco-dentaire complexe (CBX) a été ouverte aux médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale (spécialités 18, 45 et 69) par la décision UNCAM du 6 octobre 2020 publié au JO du 02/12/2020).

- **A compter du 01/04/2022**

Création d'une consultation complexe ASE
Cette consultation peut être facturée par les médecins généralistes (spécialité 01) / spécialistes de médecine générale (spécialités 22, 23 ou 01) ou par les pédiatres (spécialité 12).
Elle est facturable lors de la réalisation du « bilan de santé et de prévention » obligatoire à l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance, pour tous les mineurs accompagnés par l'ASE ou la PJJ (article L223-1-1 du CASF).
Le code affiné **ASE** « consultation complexe ASE » sera utilisé dans les logiciels éditeurs et sera transcodé pour tarification via **la prestation de regroupement CCX** (Consultation complexe).

Création d'une consultation très complexe MPH
Elle est facturable lors du remplissage complet du certificat médical obligatoire, permettant à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne en situation de handicap
Elle est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet au premier dépôt de dossier MDPH du patient. Elle n'est pas facturable pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique. A noter cette consultation est également facturable à l'occasion du passage de dossier entre ancien et nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (facturable par les deux médecins) pour un patient en situation de handicap sévère lors d'un changement de médecin traitant (voir conditions précises inscrites en NGAP).
Le code affiné **MPH** « consultation très complexe MPH » sera utilisé dans les logiciels éditeurs et sera transcodé pour tarification via **la prestation de regroupement CCE** (consultation très complexe)

Ajout à partir du 1er janvier 2026 d'un nouveau contexte de facturation de la MPH :

Remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour les cas où le médecin qui remplirait ce dossier ne serait pas le médecin traitant ou que le patient a moins de 80 ans.

Les consultations complexes et très complexes ne sont pas compatibles avec les majorations MCG et MCS et ne se cumulent pas entre elles.
Compte tenu de leurs caractéristiques, ces consultations ne sont pas facturables dans le cadre de l'urgence.

Conformément à la décision UNCAM du 21 juin 2017, les consultations complexes et très complexes doivent être inscrites dans le dossier médical du patient avec le code affiné (CSM, CSO, CSM, EPH, CGP, CTE et CSE).
La facturation doit être impérativement établie avec le code prestation de regroupement (CCX ou CCE).

Synthèse consultations complexes et très complexes :

Code de regroupement	Conditions	Code affiné dossier patient	Facturation	Tarif
CCP	Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes de moins de 26 ans	CCP	1 fois par patient	47,50€
CCX	Consultation de Sortie Maternité : suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ème jour de vie	CSM		47,50€
	Consultation Suivi de l'Obésité : suivi et coordination de la prise en charge des enfants en risque avéré d'obésité réalisée par le médecin traitant.	CSO	2 fois/an par patient	

	Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste	CSE	Une fois par an par patient	
	Réalisation du « bilan de santé et de prévention » obligatoire à l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance	ASE	à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection à l'enfance	
	Consultation bucco-dentaire Complexe : patients atteints de « handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap	CBX		
CCE	Enfant Pathologie handicap : suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier réalisée par un pédiatre.	EPH	une fois par trimestre par patient.	60€
	Consultation Grand Prématuré : la consultation CGP est un suivi pour les enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave, réalisée par un pédiatre.	CGP	Deux fois par an par patient	
	Remplissage complet du certificat médical obligatoire, permettant à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne en situation de handicap Remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	MPH	Une fois par patient	

	Consultation de repérage de trouble du spectre de l'autisme	CTE	Une fois par patient	
	Consultation de repérage d'un trouble de la relation précoce parents-enfant	CTE	Une fois par patient	

4. Majorations

Les majorations applicables en établissement de santé dans le cadre des ACE sont les suivantes :

- Majoration pour les enfants de moins de 6 ans pour les médecins généralistes (MEG)
- Majorations de coordination des généralistes (MCG), des spécialistes (MCS) et des médecins cardiologues (MCC)
- La majoration de coordination est intégrée dans la NGAP (création d'un article 2bis à compter du 22 décembre 2024)
- Majoration pour personne âgée (MOP)
- Majoration pour actes effectués la nuit, le dimanche et jours fériés, ainsi que la différenciation du montant de ces majorations pour les actes effectués la nuit par le médecin généraliste et le médecin pédiatre

La majoration MPC est supprimée à compter du 22 décembre 2024 (son montant est intégré dans le tarif de la consultation de référence)

5. Majorations du parcours de soins pour les enfants

Depuis la loi de modernisation de notre système de santé du 24 janvier 2016, la loi ouvre la possibilité de faire entrer l'enfant dans le parcours de soins. Ainsi, depuis cette date, les parents peuvent désigner, s'ils le souhaitent, un médecin traitant à l'enfant de moins de 16 ans.
La convention médicale d'août 2016 intègre cette évolution en permettant, pour les enfants de moins de 16 ans ayant un médecin traitant, la facturation combinée des majorations de coordination MCG et de la MCS à partir du 1er juillet, en sus des consultations réalisées par les médecins généralistes et spécialistes.

- Point d'attention : La désignation d'un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans n'étant pas obligatoire, aucune pénalisation en termes de remboursement en l'absence de médecin traitant ne doit être appliquée. La majoration du ticket modérateur (MTM) ne doit pas être facturée.

6. Avis de consultant

L'avis ponctuel de consultant peut être, entre autres :
- un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation pour le médecin spécialiste en stomatologie ou en chirurgie orale/chirurgie maxillo-faciale, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.
- un avis donné par un chirurgien-dentiste spécialiste en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale à la demande explicite du chirurgien-dentiste ou du médecin.

Il est facturable dans les conditions définies par la NGAP (B et C de l'article 18, article 22) et précisées par la circulaire 15-2017 CNAMTS relative à la décision UNCAM du 24 juillet 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la NGAP, la mise en œuvre de la convention médicale de 2016.

Les avis de consultants sont facturables via les prestations suivantes :

- APC : Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste
- APY : Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre, d'un neurologue ou d'un gériatre
- APU : Avis de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité

Points d'attention :

- Les chirurgiens agissant à titre de consultant pourront coter APC, suite à une demande du médecin traitant ou, par dérogation, d'un médecin correspondant du médecin traitant.
- La consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée telle que définie par le code de la santé publique rentre dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le Titre 2 de la convention médicale (médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant). La consultation pré-anesthésique 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 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.
- L'avis de consultant n'est pas facturable en association avec les forfaits :
    - L'avis ponctuel de consultant des chirurgiens et/ou des anesthésistes réanimateurs peut être facturée lorsque ce dernier entraine une intervention chirurgicale en urgence et engendre l'hospitalisation du malade (hors dans ce cas particulier, la facturation d'un avis de consultant est incompatible avec le cadre des urgences4).

- Enfin, 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).

En conséquence, il n'y a pas de facturation d'avis de consultant avec les forfaits ATU, FFM, SE, APE.

Revalorisation tarifaire au 22/12/2024

	A partir du 22/12/2024
Avis ponctuel de consultant APC	60€
Avis ponctuel de consultant APY (Psychiatres, neuropsychiatres, neurologues et gériatres)	67,5€
Avis ponctuel de consultant APU (professeur des universités-praticiens hospitaliers en activité)	74€

7. CCAM

Les établissements de santé ex-DG ou ex-OQN peuvent facturer les actes CCAM ainsi que les modificateurs relatifs à leur activité.

Les règles de cumul consultation/actes CCAM ainsi que les actes concernés sont précisés dans les dispositions générales et diverses de la CCAM dans la LAP (dans les dispositions générales et diverses de la CCAM). De nouvelles autorisations de cumul sont ouvertes au 1er janvier 2026 (cf. décision UNCAM du 29 octobre 2024 modifiant les livres II et III de la liste des actes et prestations, JO du 30 novembre 2024)

8. Tableaux récapitulatifs

	Prestations facturables en ACE			
	Consultations de 0 à 2 ans	Consultations de 2 à 6 ans	Consultations des plus de 6 ans	Consultations particulières
Généralistes (code 01, 22 et 23)	G + MEG(+MCG) *	G + MEG(+MCG) *	G (+MCG) *	COE, COB, COD CCP, CCX, CCE APC, APU
Pédiatres (code 12)	CEH	CEK	CEG	COE, COH, COK, COB, CCP, CCE APC, APU, CCX + CEP au 1er janvier 2026
Psychiatres (code 17, 32 et 33)	CNP (+MCS) *	CNP (+MCS) *	CNP (+MCS) *	CP 0,8, APY, APU, CCX
Autres spécialistes	CS (+MCS) * CSC (+MCC)	CS (+MCS) * CSC(+MCC)	CS (+MCS) * CSC(+MCC)	CCP APC, APY, APU, CCX

*** si le patient est adressé par son médecin traitant et qu'un retour d'information est réalisé vers le médecin traitant**

Tarifs applicables au 1er janvier 2026

	Métropole	DROM
G	30,00€	36,00€
CNP	52,00€	62,40€ (sauf Mayotte : 64,40)
CS	26,50€	31,80€ (sauf Mayotte : 33,80€)
CS gynécologues médicaux (spé 70, 79)	35,00€	42,00€ (sauf Mayotte : 44,00€)
CS gériatres (spé 34)	37,00€	44,40€ (sauf Mayotte : 46,40€)
CS spécialistes en médecine physique et réadaptation (spé 31)	35,00€	42,00€ (sauf Mayotte : 44,00€)
GL1-GL2-GL3 (toutes spécialités médicales)	60,00€	72,00€
COE	60,00€	72,00€ (sauf Mayotte : 74,00€)
COD	35,00€	41,00€
COB	30,00€	36,00€
COH	50,00€	60,00€
COK	35,00€	42,00€
COG	31,50€	36,40€
CEH	40,00€	48,00€ (sauf Mayotte : 50,00€)
CEK	35,00€	42,00€ (sauf Mayotte : 44,00€)
CEG	31,50€	37,80€ (sauf Mayotte : 39,80€)
CEP	60,00€	72,00€ (sauf Mayotte : 74,00€)
CDE	60,00€	72,00€ (sauf Mayotte : 74,00€)
APC	60,00€	72,00€
APY	67,50€	81,00€
APU	74,00€	88,80€

A compter du 1er janvier 2025, le forfait FSD est fixé à 45€.

Annexe : Honoraires facturables par les médecins libéraux en sus d'un séjour ou d'un forfait ATU, FFM, SE et APE.

Cette annexe, sans prétendre à l'exhaustivité, présente les principales spécificités de facturation des activités réalisées au sein d'un établissement de santé ex-OQN.

Points d'attention :

- **COE « consultation obligatoire enfant »**

Prestation facturable par les médecins libéraux dans le cadre d'un séjour ou en sus de forfaits urgence ou sécurité. Elle est facturable par un médecin (généraliste ou pédiatre) pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8 jours suivant la naissance, 9ème mois ou 10ème mois et 24ème ou 25ème mois).
Depuis le 1er mars 2019, Le transfert de la prise en charge financière sur le risque « maladie » pour les examens réalisés à partir du 13ème jour de l'enfant, implique que seul le 1er examen, qui doit se dérouler dans les 8 jours suivant la naissance, reste à facturer sur le risque « maternité ». Ainsi le premier examen dans les huit jours suivant la naissance est pris en charge au titre de l'assurance maternité (assurance 30) excepté si le patient est bénéficiaire de l'AME. Les deux suivants sont pris en charge au titre de l'assurance maladie.
La facturation sur le risque « maladie » intervient également dans les situations suivantes :
- le patient est bénéficiaire de l'AME (absence d'exonération « maternité » dans les dossiers AME),
- lors de la prise en charge en unité de néonatalogie pour un enfant hospitalisé (GHS pris sur le risque maladie).
Tous les certificats et comptes-rendus issus des consultations obligatoires de l'enfant réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres doivent être dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique.

- **Consultations / majorations complexes et très complexes**

Les consultations complexes et très complexes, ainsi que les majorations pour consultations complexes et très complexes **ne sont pas facturables pour un patient hospitalisé** (hormis le cas spécifique de la COE).

- **Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique**

La cotation CNP 0,8 est remplacée par la cotation CP 0,8 (nouvelle lettre clef) à compter du 22 décembre.
Le tarif de la CP 0,8 pour un épisode de décompensation psychique s'établit à 34€.

- **Honoraires de surveillance (article 20 de la NGAP)**

Les médecins libéraux exerçant dans les établissements de santé privés peuvent facturer des honoraires de surveillance. Ils doivent utiliser le code acte HS. Historiquement indexé sur le tarif de la lettre clé C, le tarif de cette prestation sera désormais celui affecté à la lettre clé HS soit 25€ au 1er janvier 2026.

Les coefficients associés au HS sont majorés à compter de la même date :
- Coefficient 1 à la place du coefficient 0,8
- Coefficient 0,5 à la place de 0,4
- Coefficient 0,25 à la place de 0,20

Le code acte HS est obligatoirement affecté d'un coefficient variable de 0,25 à 1.
La facturation des honoraires de surveillance doit s'inscrire dans le respect des principes suivants :

- Un médecin ne peut avoir examiné plus de 30 patients au cours d'une même journée, un même médecin ne peut facturer plus de 30 HS par jour quel que soit le nombre d'établissements dans lequel il intervient.

- Dans l'éventualité où deux médecins de spécialités différentes réalisent un même jour la surveillance d'un même patient, chaque praticien facture la moitié du coefficient du HS correspondant à la situation définie au point

	Facturation jusqu'au 21/12/2024	**Facturation à partir du 01/01/2026**
Médecine	C x 0,80 du 1° au 20° jour ; C x 0,40 du 21° au 60° jour ; C x 0,20 par la suite.	HS 1 du 1° au 20° jour ; HS 0,50 du 21° au 60° jour ; HS 0,25 par la suite.
Chirurgie	- Acte > ou égal à 15 et pour une hospitalisation au-delà de 15 jours, l'honoraire de surveillance est fixé à C x 0,20 par jour et par malade examiné. - Acte < ou égal à 15, l'honoraire de surveillance est fixé à C x 0,20 par jour et par malade examiné. - Patient mis en observation sans avoir subi d'intervention : les honoraires de surveillance sont par jour et par malade examiné : - du 1° au 15° jour C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ou C x 0,40 par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux. Au-delà du 15° jour : C x 0,20.	Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 15 jours après l'intervention chirurgicale ou l'acte interventionnel, l'honoraire de surveillance est fixé à : - HS 0,25 Dans le cas où le malade a été mis en observation et n'a pas subi d'intervention : - HS 1 de J1 au 15° jour ; - HS 0,25 au-delà du 15° jour. Dans le cas où le malade a été mis en observation avant son intervention : - HS 1 de J1 au jour de l'intervention ; - HS 0,25 au-delà du 15° jour après l'intervention.
Obstétrique	Pendant une hospitalisation au cours de la grossesse, y compris pendant la période qui précède l'accouchement, et lorsqu'après l'accouchement l'hospitalisation est prolongée au-delà de 7 jours, l'honoraire de surveillance est : - C x 0,80 du 1er au 15° jour si l'honoraire est	Dans le cas où l'état pathologique de la patiente impose une hospitalisation, ainsi que lorsque, après l'accouchement, l'hospitalisation se prolonge au-delà de 7 jours, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente est fixé comme suit : - HS 1 de J1 au 15° jour ;

	perçu par un seul médecin; - C x 0,40 du 1er au 15° jour pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes. - C x 0,20 au-delà du 15° jour	- HS 0,25 au-delà du 15° jour. Aucun HS n'est facturable de l'accouchement au 7° jour.
Psychiatrie	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.	Par jour et par malade l'honoraire de surveillance médicale est de **HS x 1** pour une surveillance constante par un médecin qualifié en psychiatrie.
SMR	C x 0,80 par malade examiné et par semaine	HS 1 par malade examiné et par semaine sauf lorsque la surveillance médicale est prise en compte dans le cadre du financement de l'établissement.

Exemple de facturation, à partir du 01/01/2026, avec lettre-clé « HS » pour un honoraire de surveillance réalisé en médecine. La période transitoire permettant l'utilisation concomitante de la lettre clé « C » s'achève au 01/01/2026.

Type	Acte	N° exécutant	Spé	Qt	Coef	PU	BR	Tx	Mt AMO	Dépense	Domaine activité	Num_ghs_ou_ght
4 et 4S	HS	N°FINESS du médecin exécutant	03	1	1	25	25	80	20	25	A valoriser	A valoriser

- Avis de consultant pour un patient hospitalisé en établissement ex-OQN : en raison de sa nature (avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant), l'avis ponctuel de consultant n'est pas facturable pour un patient hospitalisé à l'exception des situations suivantes :

✓ Pendant la période d'hospitalisation du patient, 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.

Dans ce cadre, le chirurgien qui examine le malade à titre de consultant, **à la demande explicite du médecin traitant** cote un APC. Il peut être amené secondairement à décider d'une intervention et la réaliser lui-même si l'état du patient le nécessite, éventuellement en urgence. Dans ce cas, et même si une hospitalisation est nécessaire, le chirurgien cotera son avis ponctuel de consultant.

L'avis de consultant du chirurgien précède l'hospitalisation, il ne devrait donc pas en principe être facturé sur le bordereau S3404 mais faire l'objet d'une feuille de soins.
A défaut, sa facturation sur le bordereau S3404 ne pourra intervenir qu'à la date d'entrée du séjour.
La consultation pré anesthésique pouvant intervenir le cas échéant au cours de l'hospitalisation, l'APC de l'anesthésiste-réanimateur peut être facturé sur le bordereau S3404.

- ✓ Par dérogation, lorsque le patient n'a pas de médecin traitant et dès lors que la situation du patient requiert un avis spécialisée d'une autre discipline que celle disponible dans le service où est hospitalisé le patient, le médecin facture un avis ponctuel de consultant. Le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation.

- ✓ Dans le cadre d'une demande d'avis d'expertise sur une antibiothérapie pour un patient hospitalisé le médecin spécialiste en maladies infectieuses et tropicales, à titre dérogatoire, facture un APC au maximum au cours du séjour que le patient ait ou non un médecin traitant. Le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation.

- ✓ En association avec un forfait ATU, FFM, SE, APE.

- **Consultations urgence**

Deux consultations d'urgence ont été créées en 2018 pour valoriser les interventions réalisées par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS :
La facturation est ouverte aux urgentistes libéraux et aux urgentistes salariés des établissements de santé relevant du d de l'article L162-22-6 du code la sécurité sociale /

- ✓ U03 pour les interventions de niveau CCMU 3, valorisé 40 € au 01/01/2026
- ✓ U45 pour les interventions de niveau CCMU 4 et 5, valorisé 50 € au 01/01/2026

Les consultations sont ouvertes à tous les médecins généralistes et spécialistes tous secteurs adhérant ou non à l'OPTAM et OPTAM-CO, pour tous les assurés.
Les consultations U03 et U45 sont cumulables avec :

- Les majorations nuit et férié définies par l'article 14 de la NGAP à savoir :
  La majoration MM « majoration de nuit de minuit à 6h »
  Le complément MN « majoration de 20h à minuit et de 6h à 8h »
  Le complément F « majoration de dimanche et jour férié »

- La majoration enfant pour les médecins généralistes (MEG) dans les conditions définies par l'article 14.7 de la NGAP
- La majoration MVU pour un patient de plus de 75 ans qui arrivent dans le service d'urgence en ambulance ou avec le SAMU et lorsque ce passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation.

→ Dans l'attente d'un texte ad hoc ou d'une modification de l'arrêté du 28 juin 2019 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés, la majoration MVU n'est pas facturable par les urgentistes salariés.

✓ Certains actes CCAM dans les conditions précisées à l'article Article III-3 du livre I des actes et prestations (à titre d'exemple le cumul U03 ou U45 avec l'acte DEQP003 (ECG) est possible).

Depuis la mise en œuvre de la réforme du financement des urgences au 1er janvier 2022, les consultations U03 et U45 ne sont plus facturables pour des passages non suivis d'hospitalisation. Elles restent facturables suite à un passage aux urgences suivi d'une hospitalisation.

Ces deux consultations ne sont pas facturables en ACE.

Elles doivent être facturées au tarif opposable.

Tarifs au 01/01/2026 :

	01/01/2026
U03	40€
U45	50€
MVU	20€

- **Majorations encourageant la prise en charge rapide des patients ou en urgence en réponse à la régulation : MUT - MCU – MRT**

Les majorations MUT et MCU ont pour objet de réduire les hospitalisations évitables et les recours inutiles aux services d'urgence.
Elles rémunèrent une prise en charge sans délai des patients par les médecins spécialistes de second recours en ville.
La majoration MRT valorise la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, pour l'un de ses patients, en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (ce qui signifie le SAMU n'a pas orienté le patient vers un service d'urgence hospitalier).

Pour ces raisons, les majorations ne doivent pas être facturées par les médecins libéraux en établissement de santé que la prise en charge soit réalisée en hospitalisation ou en environnement hospitalier (service d'urgence notamment).