

Date :

18/12/2024

Domaine(s) :

Gestion des prestations en nature

Gestion du risque

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

Objet :

Décision UNCAM du 29 octobre 2024 et mise en œuvre de la Convention Médicale.

Liens:

Liens externes :

Plan de classement :

P06-010101 REMBOURSEMENTS
FSE

P10-02 ACCOMPAGNEMENT DES
PROFESSIONNELS DE SANTE ET
DES ETABLISSEMENTS

Emetteur(s) :

DDGOS / DDO

Pièces jointes : 7

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs | Cnam CPAM CGSS CSS Mayotte

Directeur Comptable et Financier | Cnam CPAM CGSS CSS Mayotte

Médecins conseil | Régionaux Chef de service

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

Mise à jour le 22 janvier 2025

Décision UNCAM du 29 octobre 2024 (JO du 30 novembre 2024). Mise en œuvre de la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie (JO du 20 juin 2024).

La présente circulaire vise à présenter les principes et les modalités de mise en œuvre ainsi que les règles de facturation des mesures de nomenclature prévues par la convention 2024.

Cette circulaire concerne également la CSS Mayotte.

Mots clés :

Convention Médicale ; G ; CCAM; NGAP

**La Directrice Déléguée à la Gestion et à
l'Organisation des Soins**



Marguerite CAZENEUVE

La Directrice Déléguée aux Opérations



Aurélie COMBAS-RICHARD

Objet : La décision UNCAM du 29 octobre décembre 2024 modifiant les livres II et III de la liste des actes et prestations (JO du 30 novembre 2024) et la mise en œuvre de la convention médicale 2024 en 2024-2025

Affaire suivie par :

- **Facturation des actes** : Département des actes médicaux (DDGOS/DOS/DACT) : dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr **mettre en objet : « CIRCONV2024 »**

En jaune : précisions apportées

La première partie de la circulaire présente l'évolution des tarifs, des consultations et consignes de facturation par spécialité médicale.

La seconde partie porte spécifiquement sur l'évolution de la facturation NGAP en établissement de santé (HS, dérogation APC, U03/U04).

La troisième partie présente les modifications de la CCAM.

Une circulaire spécifique pour les mesures du 1^{er} janvier 2026 sera publiée en 2025.
L'annexe 1 liste les différentes mesures de 2026.

1- Evolutions des tarifs, des consultations et consignes de facturation par spécialité médicale

Préambule

Afin de simplifier la facturation de la consultation de référence, la majoration du médecin spécialiste MPC (prévue à l'article 2 bis de la NGAP), la majoration pour les médecins généralistes (MMG), la majoration MTS transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte et la majoration des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) MGM (prévue à l'article 14.4.5 de la NGAP) sont supprimées le 22 décembre 2024.

Pour toutes les spécialités médicales, les tarifs correspondants à ces majorations sont intégrés dans le tarif de la consultation de référence. Dans le même souci de clarté des textes de nouveaux articles ont été créés en NGAP afin d'y intégrer les anciennes majorations conventionnelles.

Les annexes 2 et 3 récapitulent les cas de facturation les plus fréquents par spécialité en métropole et dans les DROM.

1-1 Les médecins généralistes et médecins spécialistes de médecine générale.

Les cotations et les tarifs sont modifiés comme suit :

Les tarifs et cotations des médecins généralistes et spécialistes de médecine générale en secteur S1,S2 OPTAM ou en cas de respect du tarif opposable des S2 non optam

S1 /S2 OPTAM/S2 non optam TO	Ancienne cotation	modification cotation	Nouvelle cotation	Tarif Métropole 22 déc. 24	Tarif Métropole 1er juil. 25
Consultation de référence					
Consultation patient de 6 ans et +	G/GS	suppression de la MMG et inscription de	G	30,0 €	
Consultation patient de 0 à 6 ans	G/GS + MEG	la G en lettre-clé NGAP	G + MEG	35,0 €	
Examen obligatoire de l'enfant					
avec certificat*	COE			54,0 €	60,0 €
pour les enfants de 0 à moins de 6 ans (hors COE)	COD	identique		35,0 €	
pour les enfants de 6 ans et plus	COB			30,0 €	

**dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse)*

A noter que la lettre-clé GS dans un souci de simplification, n'est plus à facturer à partir du 22 décembre 2024.

Des rejets seront mis en place ultérieurement une fois cette modification bien adoptée par les médecins généralistes spécialistes de médecine générale.

La facturation des médecins généralistes en secteur 2 non Optam avec dépassement n'est pas modifiée (C à 23 €).

Les codes examens de l'enfant ont été introduits pour plus de lisibilité en lettre-clef NGAP à l'article 14.9 déjà existant pour la COE. L'ensemble des cotations par examen obligatoire de l'enfant est récapitulé en annexe 4. Voir dans la partie 1-2-2 les consignes de facturation spécifiques sur ces codes concernant le risque maladie et maternité.

A noter : La NGAP précise désormais que 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.

1-2 Les pédiatres

1-2-1 Les nouveaux tarifs et cotations des consultations des pédiatres

Afin de simplifier la facturation des consultations de référence des pédiatres, 3 nouvelles lettre-clés sont créés en NGAP intégrant les tarifs des majorations pédiatriques et leurs revalorisations au 22 décembre 2024 : CEH, CEK et CEG.

Les majorations MEP et NFE sont supprimées à la NGAP à partir du 22 décembre 2024 et l'article concernant la NFP est réécrit compte tenu de son nouveau contexte de facturation.

Pour les consultations de l'enfant, le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable, facture le code CEH pour les enfants de moins de deux ans, CEK pour les enfants de deux à moins de six ans et CEG pour les enfants à partir de six ans.

Ces trois consultations ne se cumulent pas avec la majoration de coordination spécialiste MCS.

Pour les patients âgés de 16 ans et plus, les cotations prévues pour les 6 ans et plus s'appliquent. La facturation de la CS ne doit pas être utilisée dans ce cadre, elle n'est plus facturable par les pédiatres depuis le 22 décembre 2024.

Le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassement facture la consultation C (ou visite V) et la majoration NFP pour les enfants de moins de deux ans (cf encadré ci-dessous). Pour les patients de deux ans et plus ils facturent la C ou V à 23€.

Article 14.6.1 NGAP– Nouveau forfait pédiatrique « Les consultations ou visites effectuées pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 2 ans par le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassement ouvrent droit à la majoration, dénommée « nouveau forfait pédiatrique (NFP) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant. Cette majoration se cumule avec la consultation C (ou visite V). Le NFP ne se cumule pas avec la facturation d'une majoration de coordination (MCS) définie à l'article 2bis. »

Les tarifs et cotations de la consultation de référence des pédiatres selon le secteur de conventionnement.

	Ancienne cotation	tarif	modification cotation	Nouvelle cotation	Tarif Métropole 22 déc. 24
S1 /S2 OPTAM/S2 non optam TO					
Enfants de 0 à moins de 2 ans	CS + MEP + NFP	38,5 €	remplacement majo MEP/NFE/NFP par une consultation dédiée selon l'âge	CEH	39 € (40€ au 1er juil.25)
Enfants de 2 à moins de 6 ans	CS + MEP + NFE	33,5 €		CEK	35,0 €
Enfants de 6 ans et plus NON MT	CS + MPC + MCS	31,5 €	intégration MPC/MCS dans un code spécifique	CEG	31,5 €
Enfants de 6 ans et plus MT	CS + NFE	29,5 €	tarif identique non MT		
S2 non optam avec dépassement					
Enfants de 0 à moins de 2 ans	CS + NFP	34,5 €	remplacement CS par C Maintien NFP uniquement pour S2 non optam	C + NFP	34,5 €
Enfants de 2 ans et plus	CS	23,0 €	remplacement CS par C	C	23,0 €

1-2-2 Les nouveaux tarifs et cotations des examens obligatoires de l'enfant des pédiatres

Afin de répondre à certains enjeux de santé publique en matière de prévention et de santé de l'enfant, les tarifs de la COE et des examens obligatoires de l'enfant entre 0 et 6 ans sont revalorisés pour les pédiatres comme suit :

Les tarifs et cotations des examens obligatoires enfants

	Ancienne cotation	tarif	modification cotation	Nouvelle cotation	Tarif Métropole 22 déc. 24
S1 /S2 OPTAM/S2 non optam TO					
COE*	COE	47,5 €		COE	54 € (60 € au 1er juil.25)
Enfants de 0 à moins de 2 ans	COH	38,5 €		COH	45 € (50 € au 1er juil.25)
Enfants de 2 à moins de 6 ans	COK	33,5 €		COK	35,0 €
Enfants de 6 ans et plus NON MT	COD	31,5 €	harmonisation tarif permet suppression de la COD	COG	31,5 €
Enfants de 6 ans et plus MT	COG	29,5 €			
S2 non optam avec dépassement					
Enfants de 0 à moins de 2 ans	COJ	34,5 €		COJ	34,5 €
Enfants de 2 ans et plus	COA	23,0 €		COA	23,0 €

**dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse)*

Les codes examens de l'enfant ont été introduits en lettre-clef NGAP à l'article 14.9 déjà existant pour la COE.

A partir du 22 décembre 2024 la cotation COD n'est plus à facturer par le pédiatre. Qu'il soit médecin traitant ou non de l'enfant, le pédiatre utilise le code COG pour les examens obligatoires de l'enfant à partir de 6 ans.

A noter que la NGAP précise désormais que tous les certificats et comptes rendus issus des consultations obligatoires de l'enfant doivent être dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique.

Conformément aux articles L.160-9 du code de la sécurité sociale et L.2132-2 du code de la santé publique, actuellement le 1^{er} examen obligatoire dans les huit jours suivant la naissance (COE) et le second examen s'il est réalisé entre le 8^{ème} et 12^{ème} jour de l'enfant (COD pour les médecins généralistes et COH pour les pédiatres) sont pris en charge au titre de l'assurance maternité.

La facturation sur le risque maternité dans le cadre précisé ci-dessus doit être la règle.

Par dérogation, la facturation peut intervenir au titre de l'Aide Médicale d'Etat ou sur le risque « maladie » dans les situations suivantes :

- Le patient est bénéficiaire de l'AME (absence d'exonération « maternité » dans les dossiers AME) ;
- L'enfant n'est pas encore inscrit sur la carte Vitale
- Lors de la prise en charge en unité de néonatalogie pour un enfant hospitalisé (GHS pris sur le risque maladie).

Au-delà du 12^{ème} jour pour le second examen et pour les autres examens suivants, la prise en charge se fait au titre de l'assurance maladie.

Le calendrier des examens obligatoires est défini par arrêté.

En 2025, un nouvel examen à l'âge de 6 ans est intégré au calendrier des examens obligatoires de l'enfant. Ce nouvel examen a été acté lors des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant qui se sont conclues en mai 2024 et s'appuie sur un avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP). La nouvelle version du carnet de santé de l'enfant de 2025 intègre ce nouvel examen. L'examen prévu avant la fin du 1er mois est supprimé.

1-2-3 Les nouveaux codes actes des téléconsultations des pédiatres

Afin de simplifier la facturation des téléconsultations, les pédiatres facturent selon l'âge du patient avec les nouvelles lettre-clés créées en NGAP : TCH, TCK et avec la lettre clef TCS.

Le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassement facture la téléconsultation TC.

Les tarifs et cotations des téléconsultations des pédiatres

	Ancienne cotation	tarif	modification cotation	Nouvelle cotation	Tarif Métropole 22 déc. 24
S1 /S2 OPTAM/S2 non optam TO					
Enfants de 0 à moins de 2 ans	TCS + MEP + NFP	38,5 €	remplacement du cumul des majorations par une téléconsultation dédiée selon	TCH	38,5 €
Enfants de 2 à moins de 6 ans	TCS + MEP + NFE	33,5 €		TCK	33,5 €
Enfants de 6 ans et plus NON MT	TCS	23,0 €		TCS	30,0 €
Pédiatre 6 ans et plus MT	TCS+ NFE	29,5 €		TCS	30,0 €
S2 non optam avec dépassement					
Enfants de 0 à moins de 2 ans	TC + NFP	34,5 €		TC + NFP	34,5 €
Enfants de 2 ans et plus	TC	23,0 €		TC	23,0 €

Les cotations TCS, TCH et TCK ne sont pas facturables avec la majoration MCS ni avec les majorations d'urgence de l'article 14 (F, MM, MN). Ces actes ouvrent droit aux autres majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée. **Pour rappel, les majorations liées à des consultations spécifiques telles que les consultations complexes et très complexes, la MIC et la MSH ne sont pas facturables dans le cadre d'une téléconsultation du pédiatre (article 14.9.3).**

Les cas de facturation les plus fréquents selon les spécialités sont présentés en annexe 5.

1-2-4 Création d'une consultation de recours au pédiatre CEP

Une nouvelle consultation à partir du 1^{er} juillet **2024 2025** d'une valeur de 60 € (72€ dans les DROM) est inscrite en NGAP à l'article 14.6.2 permettant la reconnaissance du rôle d'expertise de second recours au pédiatre.

Cette cotation n'est pas facturable avec la majoration MCS ni avec les majorations d'urgence de l'article 14 (F, MM, MN). **Elle doit être réalisée à tarif opposable.**

Article 14.6.2 La consultation de recours au pédiatre (CEP)

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 réalise une expertise de second recours facturée CEP. Le pédiatre fait un retour écrit au demandeur et, au médecin traitant.

*Pour un même patient 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. **Elle doit être réalisée à tarif opposable**¹.*

¹ A noter qu'une décision UNCAM à paraître intégrera la modification en rouge conformément au texte conventionnel.

1-3 Les psychiatres et les neurologues

La consultation de référence des psychiatres et des neurologues (code spécialité 17, 32, 33 ou 75) exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable est revalorisée à 50€ puis à 52€ au 1er juillet 2025 (soit 55€ puis 57 € au 1^{er} juillet 2025 lorsqu'elle est associée avec la MCS).

Les tarifs et cotations de la consultation de référence des psychiatres et des neurologues					
	Ancienne cotation	tarif	modification cotation	Nouvelle cotation	Tarif Métropole 22 déc. 24
S1 /S2 OPTAM/S2 non optam TO	CNP + MPC	46,7 €	intégration MPC dans CNP	CNP	50,0€ (52,0€ au 01 juil. 24)
S2 non optam avec dépassement	CNPSY	42,5 €	remplacement CNPSY par CP	CP	42,5 €

La facturation des médecins psychiatres et neurologues en secteur 2 non Optam avec dépassement se fait via la nouvelle lettre clé CP à 42,5 €. La cotation CNP n'est plus à facturer à partir du 22 décembre 2024 sauf pour les consultations respectant le tarif opposable.

Les majorations MP, MAF et MPF sont revalorisées :

Tarifs	avant le 22 déc. 24	Tarif 22 déc.24	1er juil. 25
MP - Majoration des psychiatres pour la prise en charge des enfants facturable avec une consultation ou visite de référence ou coordonnées (article 15.2.4 de la NGAP)	3 €	12 €	18 €
MAF – MPF Majorations des consultations en présence de la famille, pour enfant présentant une pathologie psychiatrique grave (15.2.4 de la NGAP)	20 €	23 €	25 €

A noter : Le seuil maximal d'actes réalisés en téléconsultation par les psychiatres uniquement est porté à hauteur de 40% du volume d'activité globale conventionnée du médecin, sur une année civile à partir de 2024.

1-4 Les autres spécialités

D'autres spécialités bénéficient de revalorisation de leur consultation de référence et/ou d'ouverture de cotations de consultations complexes ou très complexes. Le tableau ci-dessous récapitule les évolutions de tarifs.

	avant le 22 déc. 24	22 déc.24	1 ^{er} juil. 25
Médecins exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable			
Consultation de référence des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79)	26,5 € (CS +MPC)	32,0 € (CS)	35,0 € (CS)
Consultation de référence des spécialistes de Médecine Physique et de Réadaptation	26,5 € (CS +MPC)	36,0 € (CS)	40,0 € (CS)
Consultation de référence des gériatres	26,5 € (CS +MPC)	32,0 € (CS)	37,0 € (CS)
Médecins tous secteurs			
Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie : CDE (prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP)	47,5 €	54,0 €	60,0 €
Majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétents en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP)	22,0 €	26,5€	30,5 €

A noter : La facturation des consultations des médecins de secteurs 2 non Optam avec dépassement se fait via la lettre C à 23 €.

Pour rappel, les majorations liées à des consultations spécifiques telles que les consultations complexes, très complexes, la MIC, la MSH et la MCE ... ne sont pas facturables dans le cadre d'une téléconsultation (article 14.9.3).

Le tableau ci-dessous récapitule les ouvertures à de nouvelles spécialités de consultations existantes à la NGAP à partir du 22 décembre 2024 :

Spécialités	Actes concernés
Pour les spécialistes de Médecine Physique et de Réadaptation	EPH Consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier (prévue à l'article 15.9 de la NGAP)
Pour les infectiologues	MPT Majoration pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue (Article 15.8 – Consultations et majorations complexes)
	MMF Majoration pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue (Article 15.8 – Consultations et majorations complexes)

1-5 Evolution des dispositions communes

1-5-1 Les mesures portant sur l'avis ponctuel de consultant

- ✓ Les tarifs des avis ponctuels de consultant sont revalorisés comme suit :

	avant le 22 déc. 24	A partir du 22 déc.24
Avis ponctuel de consultant (hors psychiatre, neurologue, gériatre)	56,5€ (APC)	60,0 €(APC)
Avis ponctuel de consultant des psychiatres, neurologues et gériatres	64€ (APY) ou 56,5€ (APC) pour les gériatres	67,5€ (APY) <i>facturable désormais par les gériatres</i>
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier	69 €(APU)	74,00 (APU)

- ✓ Dans une logique de gradation de l'expertise rendue, l'article 18 B a été modifié afin de permettre la facturation d'un avis ponctuel de consultant lorsqu'un patient a besoin d'être vu en consultation physique dans les 3 mois suivant une télé-expertise demandée par le médecin traitant. Une nouvelle dérogation e) à la règle de revoyure a été ainsi rajoutée.

A noter que les autres mesures sur l'avis ponctuel de consultant concernent les patients hospitalisés et sont ainsi présentés dans la partie suivante spécifique aux établissements.

1-5-2 Les majorations de coordination

Les majorations de coordination MCS, MCC et MCG sont introduites à l'article 2 bis (ancien article de la MPC) :

« Article 2 bis : Majorations de coordination

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 pour le médecin spécialiste correspondant ;
- MCC pour le cardiologue en cumul avec la CSC (article 15-1) ;
- MCG pour le médecin généraliste.

Ces majorations sont ouvertes uniquement aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables ou aux praticiens ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels

que définis dans la convention médicale en vigueur ou par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

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

1-5-3 Les soins non programmés

La NGAP est modifiée afin de permettre la mise en place des mesures détaillées dans la circulaire CIR-25-2024 concernant la valorisation des soins non programmés.

La majoration SHE est introduite à l'article 14.1.3 qui concerne les majorations pour la prise en charge d'un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures :

« Lorsque cette consultation a lieu entre 19h et 21h le médecin correspondant facture en sus de la cotation SNP la majoration SHE. »

A l'instar de la SNP, la majoration ne se cumule pas avec :

- la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents ;
- les autres majorations dédiées aux soins urgents (y compris la MU de l'article 14.1 de la NGAP) ou PDSA ;
- les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés ;
- les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant ;
- la majoration MHP (article 22-4).

La majoration MRT est inscrite dans un nouvel article 22-2 Majoration pour les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant, en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente :

« La consultation réalisée en urgence par le médecin traitant du patient dans les 48 heures suivant la demande du centre de régulation médicale des urgences pendant les horaires habituels de ses consultations est cumulable avec la majoration MRT (majoration médecin traitant régulation).

Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale.

Cette majoration peut être facturée quel que soit le secteur d'exercice uniquement en cas de respect des tarifs opposables.

Elle n'est pas cumulable avec les majorations facturées dans le cadre du SAS : SNP-; les majorations de PDSA (article 22.3) ; les majorations d'urgence (article 14) et la majoration MHP (article 22.4).

Lorsque le médecin accepte de prendre en charge le patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation médicale, il peut facturer en sus de la cotation MRT la majoration SHE. »

Un nouvel article « article 22-3 Les soins non programmés régulés en période de permanence des soins ambulatoires » est créé :

« Lorsque le médecin - inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins en son nom ou au titre de l'association de permanence des soins à laquelle il appartient - intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il facture la consultation (visite) de référence à tarif opposable et bénéficie des majorations spécifiques :

- Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet (CRN) ou en visite (VRN)
- Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet (CRM) ou en visite (VRM)
- Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet (CRD) ou en visite (VRD)
- Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié en cas de consultation au cabinet (CRS) ou en visite (VRS).²

Ces majorations sont également applicables, à titre exceptionnel, par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin de garde intervient sur appel du régulateur dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées ou au domicile d'un patient pour effectuer des actes sur plus d'un patient, la majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés (prévues à l'article 14 de la NGAP), avec les majorations SNP, SHE, ni avec les majorations de déplacements (prévues à l'article 14.2 de la NGAP) – à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la NGAP.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire. »

L'article 14 – « Actes effectués la nuit ou le dimanche » est modifié afin d'intégrer la nouvelle définition de l'urgence pour les médecins :

« Lorsque, le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence, correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide de ressources humaines et matérielles, et pour les autres professions en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

² Une décision UNCAM à paraître intègre la CRS dans cet article pour corriger un oubli (sans impact sur la facturation de l'acte)

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 noter : Les majorations de l'article 14 (F, MN, MM) ne sont pas facturables avec les téléconsultations.

La majoration MHP est décrite à l'article 22-4 « Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation » :

« Les consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA, bénéficient d'une majoration MHP sous réserve que ces actes soient facturés aux tarifs opposables. Cette majoration n'est pas cumulable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés mentionnées à l'article 22-3 et pour les actes aux horaires PDSA non régulés visées à l'article 14 (F, MN, MM) et les majorations MDD et MDN de l'article 14.2 de la NGAP. »

1-6 Les mesures bucco-dentaires

L'annexe 16 de la convention médicale transpose les mesures prévues par la convention nationale des chirurgiens-dentistes, pour les médecins habilités à pratiquer la médecine bucco-dentaire. Ces mesures sont précisées dans la circulaire 25-2024.

A noter

A partir du 1er janvier 2025, la version 77 de la CCAM :

- ouvre la majoration pour réalisation des soins conservateurs chez un patient âgé de 3 à 24 ans (modificateur 9) aux médecins spécialistes en médecine bucco-dentaire. La liste des actes éligibles au profit de la génération sans carie a été transposée dans la convention médicale.

- revalorise les 31 codes actes suivants : HBFD006, HBFD001, HBFD003, HBFD024, HBFD297, HBFD008, HBFD021, HBFD033, HBFD035, HBFD015, HBFD017, HBFD019, HBFD474, HBFD326, HBBD001, HBBD002, HBBD003, HBBD234, HBFD150, HBFD395, HBFD458, HBFD010, HBMD042, HBMD038, HBMD044, HBMD047, HBMD049, HBMD050, HBMD053, HBMD054, HBMD058

2-Evolution de la facturation NGAP en établissement de santé

2-1 Les honoraires de surveillance

L'article 20 de la NGAP portant sur les surveillances des patients hospitalisés a été réécrit afin d'actualiser et de clarifier les règles existantes (voir le détail des modifications en annexe 6).

L'article précise que le médecin qui facture l'honoraire de surveillance ne peut avoir examiné plus de 30 patients au cours d'une même journée, quel que soit le nombre d'établissement dans lequel il intervient.

A partir du 22 décembre 2024, les honoraires de surveillance sont facturables uniquement avec le code de facturation HS associé à un coefficient selon le lieu d'hospitalisation du malade et le nombre de jours par rapport au jour d'entrée en hospitalisation. Les anciennes cotations C*coefficient sont remplacées en NGAP par HS*coefficient.

A noter : La facturation via les anciennes cotations C*coefficient sera tolérée jusqu'à la revalorisation du tarif du HS de 23 à 25 € et des coefficients le 1^{er} janvier 2026.

2-2 La 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 **quel que soit le secteur de conventionnement du médecin**.
Le tarif de la CP 0,8 pour un épisode de décompensation psychique s'établit à 34€.

2-3 Les dérogations permettant la facturation d'un avis ponctuel de consultant sur un patient hospitalisé

L'avis ponctuel de consultant n'est pas facturable pour un patient hospitalisé.

L'article 18 B de la NGAP a néanmoins été modifié afin d'introduire deux dérogations à cette règle :

- 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.
- 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 peut facturer un APC au maximum au cours du séjour.

Dans les deux cas, le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation.

A noter : Les différentes règles de facturation de l'avis ponctuel de consultant sont reprises à l'annexe 7 qui remplace à partir du 22 décembre 2024 la partie 2 de la circulaire 15-2017.

2-3 Les rémunérations des médecins exerçant en service d'urgences

Depuis le 1er janvier 2022 et la réforme du financement des services d'urgences (forfaits définis par arrêtés), les consultations U03 et les consultations U45 ne sont facturables que lorsque le passage en service d'urgence est suivi d'une hospitalisation du patient. Pour les consultations relevant des niveaux CCMU 1 et 2, la consultation de référence est facturée.

Un nouvel article « Article 22-1 Les consultations du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé autorisé par l'ARS pour les passages suivis d'une hospitalisation » remplace les articles 14.1.2 et 14.1.1 de la NGAP et permet la définition de la nouvelle majoration MVU qui permet selon le souhait des partenaires conventionnels de reconnaître la lourdeur de la prise en charge de certains patients.

Ainsi, dans le cas d'un patient de plus de 75 ans qui arrive dans le service d'urgence en ambulance ou avec le SAMU, ces consultations du médecin urgentiste suivi de l'hospitalisation du patient sont cumulables avec la majoration dénommée « MVU ».

Dans l'attente d'une évolution de la réglementation (seules les majorations inscrites au sein 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 sont facturables par les médecins salariés des établissements ex OQN), la majoration MVU n'est pas facturable par les urgentistes salariés.

Ces consultations sont revalorisées comme suit afin de faire converger les deux systèmes de rémunération et prendre en compte les revalorisations conventionnelles :

	avant le 22 déc. 24	Au 22 déc.24	A partir du 1 ^{er} juil. 25
Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 3 exerçant dans un service d'urgence privé : U03	30 €	35 €	40 €
Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 4 et 5 exerçant dans un service d'urgence privé : U45	46 €	48 €	50 €
Majoration de la consultation lorsque le passage est suivi de l'hospitalisation du patient de plus de 75 ans qui arrivent dans le service d'urgence en ambulance ou avec le SAMU : MVU		10 €	20 €

Pour rappel : Ces cotations ouvrent droit à la majoration MEG (article 14.7) ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

Ces cotations n'ouvrent pas droit aux majorations de permanence des soins (article 22-3).

Les consultations U03 et U45 ne se cumulent pas avec d'autres actes effectués dans le même temps à l'exception de l'acte d'électrocardiogramme.

3- Mesures CCAM de la convention médicale en 2024 et 2025

Les modifications présentées ci-dessous sont reprises dans la version 77 de la CCAM.

3-1 Revalorisation en deux étapes des modificateurs K et T

En application de l'article 85-2 de la convention médicale, le livre II, l'article III-2 de la LAP et l'annexe 1 seront modifiés comme suit.

Au livre II, à la subdivision 19.03.04 « Autres modificateurs », les libellés, notes et tarifs des modificateurs K et T sont modifiés et remplacés par les mentions suivantes en rouge :

Code	Libellé	Valeur au 1 ^{er} janvier 2025	Valeur au 1 ^{er} juillet 2025.
K	<p>Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les sages-femmes.</p> <p>Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues-obstétriciens et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique [OPTAM-ACO] définie aux articles 49 et suivants de la dans la convention médicale en vigueur approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.</p> <p>Majoration pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale définie dans la convention dentaire</p>	<p>+20%</p> <p>+25%</p> <p>+20%</p>	<p>+20%</p> <p>+30%</p> <p>+20%</p>
	<p><i>Par dérogation, les chirurgiens et les gynécologues-obstétriciens autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S) du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé [ACS] définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale et pour les actes dispensés en urgence, à tarifs opposables</i></p>		
T	<p>Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues-obstétriciens, pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] dans la convention médicale en vigueur. définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et, ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] dans la convention médicale en vigueur définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016</p>	<p>+16,5%</p>	<p>+21,5%</p>

A l'article III-2 du Livre III de la LAP, la mention « forfaits modulables » sera supprimée et les descriptions aux a) et au b) seront modifiées selon les mêmes modalités présentées ci-dessus.

A l'annexe 1 de la LAP, seuls les libellés et les tarifs des modificateurs seront modifiés. **3-2- Création du nouveau modificateur « 3 » pour les actes d'anesthésie.**

Conformément au d) de l'article 41-4 de la convention médicale, le modificateur « 3 » sera créé à la subdivision 19.03.04 « Autres modificateurs » du Livre II de la LAP comme suit.

Code	Libellé	Valeur au 1 ^{er} janvier 2025
3	Majoration pour les actes d'anesthésie réalisés par les anesthésistes en secteur à honoraires opposables n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis dans la convention médicale en vigueur	+12%
	Majoration pour les actes d'anesthésie réalisés par les anesthésistes en secteur à honoraires différents ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-ACO tels que définis dans la convention médicale en vigueur Par dérogation : les anesthésistes autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] dans la convention médicale en vigueur , peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S) ou pour les actes dispensés en urgence.	+8%

A compter du 31/12/2024, la fermeture technique de la grille tarifaire 7 sera remplacée au 1^{er} janvier 2025 par les grilles tarifaires suivantes :

17 « Anesthésistes OPTAM/OPTAMACO (s1/s2/s1DP) »

18 « Anesthésistes s1 »

19 « Anesthésistes s2 et s1DP ».

En conséquence, la grille tarifaire 8 continuera d'exister mais ne concernera que les anesthésistes non conventionnés.

3-2- Revalorisation de tarifs d'actes CCAM et du tarif du Forfait Sécurité Dermatologie (FSD)

En application de l'article 85-1 et de l'annexe 24 de la convention médicale, des tarifs d'actes CCAM sont revalorisés en deux étapes, au 1^{er} janvier 2025 puis au 1^{er} juillet 2025, au Livre II de la LAP en lien avec l'augmentation de la valeur du facteur de conversion monétaire à l'article 2 de l'annexe 2 de la convention médicale.

Le tarif du Forfait Sécurité Dermatologie (FSD) est porté à 45€ à l'annexe 4 de la LAP à compter de l'entrée en vigueur le **22 décembre 2024** **1^{er} janvier 2025** de la nouvelle convention médicale.

3-3 Réajustement des tarifs des actes de radiothérapie

Compte tenu de l'évolution des techniques et des coûts, les tarifs de l'ensemble des actes de traitement par irradiation y compris les actes de préparation et à l'exclusion des actes de curiethérapie baisse de 5% au 1^{er} janvier 2025.

3-4- Ajout d'une condition de facturation pour le forfait YYYY010 de médecine d'urgence

La note de facturation du forfait YYYY010 de traitement de premier recours inscrit à la subdivision 19.01.06 du Livre II de la LAP est complétée de la mention « est facturé dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation. ».

Cette modification entrera en application à compter du 1^{er} janvier 2025.

19.01.06 Médecine d'urgence

YYYY010

Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.

Facturation :

[F, M, P, S, U]

- *est facturé dans les situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation.*
- *ne peut pas être facturé avec des actes techniques des chapitres 1 à 17 à l'exception de : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003)*

A noter : La convention prévoit que la CPN définit le cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires peuvent être éligibles à cette cotation après validation en CPL. Préalablement à l'examen en CPL, la caisse de rattachement de l'organisation échange avec l'ARS sur la cohérence du projet par rapport à l'organisation territoriale des soins.