

Date :

15/12/2025

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:

CIR-32/2024

Liens externes :

Plan de classement :

P06-010106 ACTES MEDICAUX

P10-02 ACCOMPAGNEMENT DES
PROFESSIONNELS DE SANTE ET
DES ETABLISSEMENTS

Emetteur(s) :

DDGOS / DDO

Pièces jointes : 3

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs | Cnam CPAM CGSS CSS Mayotte

Directeurs médicaux | Régionaux Directeurs médicaux

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :

Mise à jour le 20 février 2026.

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 au 1er janvier 2026.

Mots clés :

Convention Médicale ; GL1 ; GL2 ; GL3 ; 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 : Décision UNCAM du 29 octobre 2024 et mise en œuvre de la Convention Médicale.

Affaire suivie par :

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

Cette circulaire retrace l'ensemble des évolutions de nomenclature prévues par la convention médicale et entrant en vigueur au 1er janvier 2026, à l'exception des mesures devant initialement entrer en vigueur le 01 juillet 2025 (voir préambule) :

- La première partie de la circulaire présente les nouvelles consultations longues du médecin traitant (GL1, GL2, GL3).
- La seconde partie porte spécifiquement sur les mesures concernant les déplacements au domicile du patient (revalorisation, nouvelles majorations : MDM et MVR).
- La troisième partie présente les autres mesures intervenant au 1^{er} janvier 2026.

Sommaire :

1- La consultation longue du médecin traitant de la personne âgée de plus de 80 ans	
2	
1-1 La consultation longue de sortie d'hospitalisation GL1	3
1-2 La consultation longue de déprescription de patients hyperpolymédiqués GL2	3
1-3 La consultation longue d'orientation vers un parcours médico-social GL3	4
2-Les déplacements au domicile du patient	4
2-1 La revalorisation du tarif des indemnités kilométriques	4
2-2 La revalorisation des majorations de déplacement régulé et non régulé aux horaires de PDSA.....	5
2-3 La création de la majoration de déplacement en montagne « MDM » pour les médecins généralistes et les gériatres (article 14.2 de la NGAP).....	7
2-4 La création de la majoration pour la visite réalisée au domicile du patient dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du SAS (Article 14.1.4 de la NGAP).....	7
3- Autres mesures à compter du 1er janvier 2026	7
3-1 Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant (MCU/MCY et MUT).....	7
3-2 Les honoraires de surveillance	8
3-3 Le forfait de surveillance médicale des cures thermales	8
3-4 Cumul des actes CCAM/consultations	9

3-5 Suppression du supplément pour réalisation d'une colposcopie	11
3-6 Autres revalorisations	12

PREAMBULE

Les revalorisations prévues par la convention au 1er juillet 2025 sont reportées au 1er janvier 2026 suite à l'avis du comité d'alerte du 18 juin 2025

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a remis un avis le 18 juin 2025. Il a estimé qu'il y avait un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent en 2025 le seuil d'alerte et a donc décidé de déclencher la procédure prévue par les textes. En application de l'article L. 162-14-1-1 du code de la Sécurité sociale, l'engagement de cette procédure d'alerte conduit à la suspension automatique de toutes les mesures de revalorisation prévues dans l'année 2025. De ce fait, les mesures de revalorisations présentées dans la [circulaire 32-2024](#), prévues au 1er juillet 2025 par la convention médicale sont reportées et s'appliqueront le 1er janvier 2026 (voir en annexe 1 et 2 les flyers actualisés).

1- La consultation longue du médecin traitant de la personne âgée de plus de 80 ans

Afin de favoriser la prise en charge de la personne âgée de plus de 80 ans trois nouvelles consultations du médecin traitant sont créées au 1er janvier 2026.

Chacune des consultations longues du médecin traitant GL1, GL2 ou GL3 :

- est facturable au tarif opposable à 60 € (72€ dans les DROM)
- est facturable une fois par an et par patient (pour une même année civile, par exemple une GL1 et une GL2 sont facturables la même année mais pas deux GL2 pour un même patient)
- la facturation est possible à partir de la date anniversaire des 80 ans du patient.

La facturation de la consultation longue GL1, GL2 ou GL3 est compatible uniquement et sous réserve du respect de la NGAP avec la majoration MUT et les majorations de déplacement.

Les consultations longues sont réalisables à domicile dès lors que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet.

Elle n'est pas compatible avec le contexte d'urgence décrit à l'article 14.

Ces consultations sont facturables dans le cadre des actes et consultations externes hospitaliers sous réserve que le médecin hospitalier ait été déclaré comme médecin traitant.

Néanmoins, compte tenu du contexte de facturation, l'ensemble de ces consultations longues n'est pas facturable pour des patients hospitalisés.

1-1 La consultation longue de sortie d'hospitalisation GL1

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 plus de 80 ans.

Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation :

- il évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte familial et social
- il évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme
- il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement
- il veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place
- il renseigne le dossier médical du patient.

Pour une même hospitalisation une seule des cotations suivantes peut être facturée au patient selon le contexte : GL1, majoration MIC (article 15. 5 a) ou majoration MSH (article 15. 5 b).

1-2 La consultation longue de déprescription de patients hyperpolymédiqués GL2

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

A noter :

Un bilan médication réalisé par le pharmacien en amont (code BMI facturé) est requis pour facturer la GL2.

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. Le bilan de médication ne doit donc pas obligatoirement être prescrit par le médecin traitant.

- Consultez la page dédiée sous Ameli pour en savoir plus sur le bilan de médication partagé :

<https://www.ameli.fr/pharmacien/sante-prevention/accompagnements/accompagnement-pharmaceutique-patients-chroniques/bilan-partage-medication>

Le médecin traitant est informé de la réalisation d'un bilan partagé de médication par son envoi par le pharmacien sur sa MSS et sur le DMP du patient.

1-3 La consultation longue d'orientation vers un parcours médico-social GL3

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 plus de 80 ans.

En parallèle de la création de la GL3, un nouveau contexte de facturation de la consultation MPH « Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap » est ajouté à l'article 15.9 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 :

« 3) Remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du dossier pour l'obtention de l'APA. Pour un même patient une seule cotation : MPH ou GL3 (article 15.2) peut être facturée. »

Le titre chapeau de la consultation MPH est modifié afin de prendre en compte ce nouveau contexte de facturation « *Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap ou des personnes en perte d'autonomie* » (décision UNCAM du 7 novembre 2025 parue au JO du 4 décembre 2025)).

Pour un même patient, une seule des cotations suivantes peut être facturée au patient selon le contexte : GL3 (article 15.2) ou MPH (article 15.9 B).

Une GL3 peut être facturée chaque année si l'évolution de la dépendance est d'ordre à revoir le niveau des prestations reçues et nécessite un nouveau remplissage du dossier du dossier APA.

2-Les déplacements au domicile du patient

2-1 La revalorisation du tarif des indemnités kilométriques

Afin de mieux valoriser les visites réalisées dans les DROM et en zone de montagne les tarifs des indemnités kilométriques prévues à l'article 13 de la NGAP sont revalorisés comme suit :

Tarifs	Guadeloupe et Martinique		Guyane, La Réunion et Mayotte		Métropole	
	avant le 1er janv 26	1er janv. 26	avant le 1er janv 26	1er janv. 26	avant le 1er janv 26	1er janv. 26
- plaine IK	0,67 €	0,75 €	0,73 €	0,80 €	0,61	
- montagne IKM	1,01 €	1,20 €	1,10 €	1,30 €	0,91 €	1,00 €

Pour la Guyane, les déplacements réalisés en pirogue sont valorisés au même tarif et avec la même cotation que pour les indemnités kilométriques « à pied » (IKS).

- La mention « 5° En Guyane, les déplacements réalisés en pirogue des médecins sont facturés IKS » est introduite en NGAP.

Rappel : Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité kilométrique.

À titre dérogatoire, au regard des spécificités territoriales du territoire montagneux et insulaire présentant le caractère d'« île-montagne », l'ensemble du territoire de la Collectivité de Corse bénéficie des dispositions applicables aux communes relevant de la loi Montagne le 1er janvier 2026 (hors décision UNCAM, voir article 83-3 de la convention médicale).

- Les déplacements réalisés en Corse bénéficient ainsi sur l'ensemble du territoire du tarif spécifique IKM dans le respect des règles de l'article 13.

2-2 La revalorisation des majorations de déplacement régulé et non régulé aux horaires de PDSA

Les majorations de déplacement facturables :

- en cas de visite pour des soins non programmés régulés en période de permanence des soins ambulatoires (article 22-3 de la NGAP)

- en cas de visite la nuit ou les dimanches et jours fériés hors régulation (article 14.2 de la NGAP)

bénéficient d'une revalorisation de + 6,5€ à partir du 1^{er} janvier 2026 (voir tableau récapitulatif ci-dessous).

	Code facturation des majorations revalorisées	Au 1er janvier 2026 (en €)
PDSA Régulé	VRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite	52,50*
	VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite	66,00*
	VRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite	36,50*
	VRS Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié	36,50*
PDSA Non régulé	MDN Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP) - de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 :	45,00
	MDI Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP) - de 00h00 à 06H00 :	50,00
	MDD Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	29,10

(*) Le dispositif de permanence des soins ambulatoire conventionnel n'est pas appliqué à Mayotte.

Rappel sur les majorations de déplacement en période de PDSA régulé VRN/VRM/VRD/VRS :

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 (prévue 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.

Rappel sur les majorations de déplacement en période PDSA non régulé MDN/MDI/MDD :

Lorsque le médecin généraliste ou le gériatre se déplace au domicile d'une personne la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD dès lors que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet. La nuit, le dimanche et les jours fériés, l'acte donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à des majorations spécifiques de déplacement (cotation MDN , MDI, MDD). Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés (prévue à l'article 14 de la NGAP) ni avec les majorations SNP, SHE.

2-3 La création de la majoration de déplacement en montagne « MDM » pour les médecins généralistes et les gériatres (article 14.2 de la NGAP)

Pour rappel, lorsque le médecin généraliste ou le gériatre se déplace au domicile d'une personne la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD dès lors que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet.

A partir du 1er janvier 2026 si l'un ou l'autre des domiciles du patient ou du cabinet du médecin se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne et de ses évolutions en vigueur), le médecin généraliste ou le gériatre pourra facturer le code MDM à 15 € à la place de la majoration MD.

2-4 La création de la majoration pour la visite réalisée au domicile du patient dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du SAS (Article 14.1.4 de la NGAP)

Lorsque le médecin intervient au domicile du patient dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du SAS, il facture la majoration « MVR ».

Cette majoration est applicable lorsque la visite est facturée à tarif opposable et est cumulable avec les majorations SNP, SHE et le code prestation MCY.

Une limite du nombre de facturation de la MVR n'a pas été précisée dans la nomenclature NGAP alors qu'un nombre maximum de la majoration SNP est précisé (20 par semaine). Cette mention pourrait être rajoutée si des dérives de facturations sont constatées.

3- Autres mesures à compter du 1er janvier 2026

3-1 Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant (MCU/MCY et MUT)

Les contextes de facturation de la MCU et de MCY sont élargis aux cas suivants :

- intervention du médecin correspondant à la demande du médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ;
- intervention du médecin correspondant à demande du médecin régulateur du Centre 15.

Le délai d'intervention de la prise en charge du médecin correspondant suivant l'adressage par le médecin (médecin traitant, médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ou du médecin régulateur du Centre 15) permettant de facturer la majoration MCU (article 14.1.5 de la NGAP) est porté à 4 jours ouvrés (à la place de 2 jours uniquement sur demande du médecin traitant).

Ce délai s'applique :

- à la consultation du psychiatre MCY prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP sur sollicitation du médecin traitant, médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ou du médecin régulateur du Centre 15 ;
- au médecin traitant pour la facturation de la MUT (article 14.1.5 de la NGAP).

A noter :

Le délai pour la facturation de la MCY par le psychiatre sur sollicitation du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS) reste à 2 jours (comme pour la majoration SNP).

3-2 Les honoraires de surveillance

A partir du 1^{er} janvier 2026 :

- le tarif de la lettre clef HS passe de 23 € à 25 € en métropole et de 27,60 € à 30 € dans les DROM
- les différents coefficients associés à la lettre clef HS mentionnés à l'article 20 augmentent comme suit :
 - 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
- il n'est plus possible d'utiliser la lettre clé C associé à un coefficient dans le cadre de la facturation des honoraires de surveillance décrit à l'article 20 de la NGAP.

3-3 Le forfait de surveillance médicale des cures thermales

Afin d'apporter plus de flexibilité dans sa facturation, à partir du 1^{er} janvier 2026 :

- Le forfait a été scindé en trois et se facture lors d'une consultation dans la limite de 3 fois pour une cure complète quel que soit le nombre de médecins intervenants, **pour une orientation thermale**. Quel que soit le nombre de consultations réalisées, la rédaction d'un document destiné au médecin prescripteur devra être réalisée à l'issue de la cure. Ce document retraçant l'évolution de la cure est tenu à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

- Le forfait STH prend la valeur de 28 € (14€ pour le THR qui correspond au demi-forfait STH – voir le rappel de cas de facturation ci-dessous).
- Le tarif opposable n'est pas obligatoirement requis pour la facturation de ces forfaits.
- Il est possible de n'avoir qu'un ou deux forfaits STH facturés en cas de cure incomplète mais pas plus de trois facturés par patient quel que soit le nombre de médecins intervenants.
- Les trois forfaits STH (ou THR) ne peuvent pas être facturés de façon groupée lors de la dernière consultation.

Pour rappel : les dispositions de la NGAP Titre XV chapitre 4, article 2

Le THR se facture dans 2 situations :

- Lorsque deux orientations thérapeutiques sont traitées par deux médecins, le praticien surveillant l'orientation secondaire facture THR.
- Lorsque le médecin généraliste assure seul la surveillance de deux orientations thérapeutiques, il a la possibilité de coter un forfait STH et un THR (dont la valeur correspond à 0,5 STH).

3-4 Cumul des actes CCAM/consultations

En application de l'article 83 et de l'annexe 22 de la convention médicale, de nouvelles associations dérogatoires ont été rendues possible permettant le cumul à 100% d'honoraires d'actes techniques CCAM avec ceux **d'une consultation de référence ou coordonnée¹ facturée à tarif opposables** (ajouts au A) ou modifiés au C) de l'article III-3 de la LAP).

Le médecin peut appliquer un dépassement d'honoraires sur l'acte CCAM dans le respect des règles régissant son secteur de conventionnement. La consultation associée doit seule respecter le tarif opposable.

Pour les médecins de secteur 2 NON OPTAM qui facturent la consultation de référence à tarif opposable mais réalisent des dépassements sur l'acte CCAM associé, le code de

¹ La consultation de référence « Acte de référence de la nomenclature clinique », cette situation correspond à la consultation habituelle du médecin définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dans les situations suivantes :

- suivi de pathologies chroniques stables ;
- prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité ;
- recours non liés au traitement d'une affection évolutive.

Les consultations coordonnées et de suivi par le médecin correspondant réalisées dans le cadre du parcours de soins, avec retour d'information vers le médecin traitant

facturation à utiliser est la **C à 23€** sans cumul possible avec les majorations du Secteur 1 et 2 OPTAM.

Si le médecin de secteur 2 non Optam respecte les tarifs opposables pour la consultation et le (ou les) acte(s) associé(s) il peut facturer la CS +/-ou moins la MCS.

Le médecin est autorisé à associer au plus deux actes CCAM parmi les actes nouvellement autorisés en cumul avec la consultation de référence depuis le 1^{er} janvier 2026 (annexe 22 de la convention) en plus de la consultation de référence lorsqu'ils sont réalisés dans la même séance. La règle d'association classique des actes CCAM s'applique : le plus cher à 100%, le moins cher à 50% de leur valeur.

Le cumul d'un second acte CCAM qui ne serait pas dans cette liste fermée d'actes (annexe 22 de la convention) est interdit.

A titre dérogatoire, dans l'attente d'une évolution du texte conventionnel, les gynécologues médicaux, bénéficient des mêmes autorisations de cumul listé à l'annexe 22 de la convention que les gynécologues obstétriciens dans les mêmes conditions de compétence.

Ces nouvelles dérogations ne sont applicables que par les médecins spécialistes mentionnés et pour une liste fermée d'actes (voir annexe 3).

- Sont donc autorisées les G, C, CS, ~~CNP, consultation de l'enfant du pédiatre (hors examens obligatoires)~~ non associées à des majorations pour des contextes de consultation spécifiques (consultation complexe ou très complexe ...) et au tarif opposable.
- Ces consultations de référence peuvent tout de même être associées avec les majoration suivante² :
 - les majorations de PDSA (article 22.3) et majorations de nuit/jour férié (article 14) ;
 - la majoration pour les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation, MHP (article 22.4) ;
 - les majorations liées à la prise en charge à la demande du SAS ou dans le cadre d'une prise en charge dans les 4 jours ouvrés à la demande du médecin traitant ou du médecin régulateur (MCY, SNP, SHE, MRT, MCU, MVR) ;
 - les majorations de déplacement (article 14.2) ;
 - les majorations de coordinations MCC, MCS et MCG ;
 - les majorations liées à l'âge du patient (MEG, MOP, MP) ;
- Ne sont donc pas autorisées le cumul des actes CCAM introduit par la convention 2024 avec les actes et majorations suivants :

² Pour rappel, pour les médecins de secteur 2 NON OPTAM qui facturent la consultation de référence à tarif opposable mais réalisent des dépassements sur l'acte CCAM associé, le code de facturation à utiliser est la **C à 23€** sans cumul possible avec les majorations du Secteur 1 et 2 OPTAM.

- l'avis ponctuel de consultant (article 18.B)
- les téléconsultations
- les téléexpertises
- la CCP (article 14.8), l'IMT (article 18.2 de la NGAP)
- les consultations du médecin urgentiste (U03 et U45)
- les consultations et majorations complexes ou très complexes (article 15.8 et article 15.9)
- les consultations obligatoires des enfants (article 14.9)
- la consultation très complexe réalisée au domicile du patient (VL et VSP)
- les consultations spécifiques des spécialités suivantes :
 - Les dermatologues : CDE (article 15.2.1)
 - Les cardiologues : CSC (article 15.1)
 - Les psychiatres : MAF, MPF (article 15.2.4 D), CP 0,8 pour la prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique
 - Les endocrinologues : MCE (article 15.4)
 - Les médecins généralistes : MIC et MSH (article 15.5)
 - Les MPR : MTA (article 15.3)

REGLES DE NON CUMUL des majorations d'urgences

L'article I-9 des dispositions générales de la CCAM dispose qu'un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa *valorisation*.

En l'espèce l'urgence définie au chapitre 19.03 de la CCAM correspond à la réalisation d'un acte non prévu 8h auparavant et réalisé soit entre 20h et 8h, soit le dimanche ou un jour férié.

En NGAP, les majorations valorisant l'urgence recouvrent la même réalité, supposant également que l'urgence soit médicalement justifiée.

Dans le cadre de la prise en charge du contexte de l'urgence, et dans le cadre du cumul dérogatoire autorisé (ECG+CS ou V) il convient de ne facturer qu'une seule fois l'urgence : soit par un modificateur de la CCAM, soit par une majoration de la NGAP, sous peine de facturer deux fois l'urgence, justifiant en cela un indu.

3-5 Suppression du supplément pour réalisation d'une colposcopie

L'avenant 9 avait créé le supplément **YYYY071** d'une valeur de 15 euros (version CCAM V69) afin de valoriser le temps médical dans le prolongement d'une colposcopie (JLQE002).

Dans le cadre des nouvelles règles énoncées au point 3-3, ce supplément est supprimé dans la version CCAM V81.

A noter que la décision UNCAM **du décision** UNCAM du 7 novembre 2025 (parue au JO du 4 décembre 2025) élargit la possibilité de cumul à 100% des honoraires de l'acte de Colposcopie

(JLQE002) avec ceux de la consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable, pour les médecins généralistes.

3-6 Autres revalorisations

- L'acte de téléexpertise du médecin requis TE2 (article 14.9.4 de la NGAP) passe de 20 € à 23 € à compter du 1^{er} janvier 2026 (de 24€ à 27,60€ dans les DROM).
- Les actes CCAM bénéficiant à ce jour d'un coefficient de majoration dans les DROM à 3% bénéficieront d'un coefficient à 4% à compter du 1^{er} janvier 2026. La liste des actes concernés est en annexe 14 de la convention.
- 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 deux mesures sont prises en compte dans la version 81 de la CCAM.