

**AVENANT N° 8**  
**A LA CONVENTION NATIONALE ORGANISANT**  
**LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX**  
**ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNEE LE 25 AOUT 2016**

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15, L 861-1

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, publiée au Journal officiel du 23 octobre 2016, et ses avenants.

Il est convenu ce qui suit, entre :

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

et

La Fédération Française des Médecins Généralistes,

La Fédération des Médecins de France,

Le Bloc,

La Confédération des Syndicats Médicaux Français,

Le Syndicat des Médecins Libéraux.

2. V B P J W

## Préambule

L'avenant 6 à la convention médicale prévoit que la téléconsultation s'inscrit dans un cadre assurant une prise en charge de qualité et respectueuse des principes d'organisation de notre système de soins et notamment du parcours de soins.

Quelques exceptions à ces principes ont été définies dans ce même texte par les partenaires conventionnels afin de permettre un accès à la téléconsultation lorsque le patient ne dispose pas d'un médecin traitant ou que ce dernier n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient. Une réponse par téléconsultation doit être nécessairement organisée en proximité et s'appuyer sur des organisations coordonnées, mises en place par les médecins au sein de leurs territoires d'exercice.

Dans le cadre du présent avenant, les partenaires conventionnels souhaitent apporter des précisions complémentaires sur la mise en œuvre de ces exceptions à l'application du parcours de soins de manière à garantir une prise en charge et un suivi des patients de qualité en cohérence avec l'organisation du système de soins.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'accès aux soins et faciliter le déploiement de la télémédecine, les parties signataires souhaitent mettre en place un cadre expérimental autorisant le déploiement et l'évaluation de solutions de télémédecine dans des conditions dérogatoires à certains principes de l'avenant 6.

Au vu du résultat de ces expérimentations, les partenaires conventionnels étudieront la nécessité de réviser le texte conventionnel.

En outre, les partenaires conventionnels conviennent de procéder à un certain nombre d'adaptations du texte conventionnel, au regard de différentes réformes législatives et évolutions conventionnelles intervenues au cours des derniers mois. Ils conviennent ainsi :

- de rénover le modèle de devis dentaire conventionnel conformément avec la réforme du « 100% santé », et par ailleurs d'adapter le texte conventionnel à la mise en place de la Complémentaire santé solidaire, en lieu et place de la CMUC et de l'ACS, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019. Ils conviennent en outre de transposer aux médecins spécialistes des actes bucco-dentaires, un certain nombre de mesures issues de l'avenant n°3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes.
- d'apporter des compléments aux dispositions relatives à l'aide à l'embauche d'un assistant médical.

Les modifications apportées à la convention nationale sont les suivantes.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including "X B", "D", "J M", "2", and "R".

## **Article 1<sup>er</sup> - Champ d'application de la téléconsultation**

A l'article 28.6.1.1 de la convention médicale intitulé « Champ d'application de la téléconsultation », dans le premier sous-titre intitulé « Définition » les modifications suivantes sont apportées.

Après, les termes « exerçant une activité libérale conventionnée » sont ajoutés les termes suivants : « ou dans une structure conventionnée. ».

Au même article, le troisième sous-titre intitulé, « Parcours de soins et connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

« Parcours de soins, connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant et alternance des soins en téléconsultations »

### Principe

Les partenaires conventionnels souhaitent que les téléconsultations s'organisent dans le respect du parcours de soins coordonné, tel que défini dans la présente convention.

Ainsi, pour pouvoir ouvrir droit à la facturation à l'Assurance maladie, les patients bénéficiant d'une téléconsultation doivent être orientés initialement par leur médecin traitant, dans les conditions définies à l'article 18.1 de la convention, quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec ce dernier.

Pour assurer la qualité des soins, les patients doivent également être connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire ayant bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents, avant toute facturation de téléconsultation, afin que celui-ci puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Enfin, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations (au moins une consultation présentielle avec le même médecin dans les 12 mois précédent une téléconsultation) au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, conformément aux dispositions du présent article.

Le respect cumulatif de ces principes conditionne la prise en charge de la téléconsultation par l'assurance maladie.

### Exceptions et aménagements

Les aménagements au parcours de soins définis à l'article 17 de la présente convention s'appliquent aux téléconsultations dans les cas suivants :

- patients âgés de moins de 16 ans,
- accès direct spécifique pour certaines spécialités (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie ou neuropsychiatrie et pédiatrie).

1  
X B  
R  
JP  
3

En outre et par exception, l'exigence de respect du parcours de soins coordonné ne s'applique pas aux patients, dès lors qu'ils sont dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ne disposent pas de médecin traitant désigné,
- ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé,
- ou en situation d'urgence, telle que définie par le code de la sécurité sociale,
- ou résidant en établissement pour personnes âgées dépendantes ou établissements accueillant ou accompagnant des personnes adultes handicapées, souvent éloignées de leur domicile initial,
- ou détenus visés aux articles L. 381-30 et suivants du Code de la Sécurité sociale

« Dans ces cinq dernières situations, le médecin téléconsultant de premier recours n'a pas nécessairement à être connu du patient (exception au principe de connaissance préalable du patient par le médecin téléconsultant défini dans le présent article). Le recours aux téléconsultations doit alors être organisé dans le cadre d'une organisation territoriale dans les conditions définies à l'article 28.6.1.2. ».

## **Article 2 – Les organisations territoriales coordonnées de soins pour le recours aux téléconsultations**

Les modifications apportées à la convention nationale sont les suivantes.

L'article 28.6.1.2 de la convention médicale est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes.

«Article 28.6.1.2 : L'organisation territoriale de téléconsultation

### Principe

La territorialité de la réponse à la demande de soins par la voie de la téléconsultation constitue un principe général s'appliquant tant aux téléconsultations organisées sur orientation du médecin traitant qu'aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant.

### Le recours aux téléconsultations sans orientation du médecin traitant

Dans les situations dérogatoires au parcours de soins coordonné, telles que définies au dernier alinéa de l'article 28.6.1.1, les partenaires conventionnels s'engagent à accompagner la mise en place et la promotion d'organisations territoriales coordonnées.

Ces organisations doivent permettre aux patients :

- d'être orienté et pris en charge rapidement compte tenu de leurs besoins en soins,
- d'accéder à un médecin, par le biais notamment de la téléconsultation, compte tenu de leur éloignement des offreurs de soins,
- d'être en mesure dans un second temps d'orienter le patient vers un médecin traitant pour leur suivi au long cours et réintégrer ainsi le parcours de soins.

Il peut s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), de centres de santé (CDS), ou de toute organisation territoriale qui se proposent notamment d'organiser une

1

KB

⊕

10h

4

RF

réponse en télé médecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Les modalités de recours aux actes de téléconsultation mises en place par ces organisations territoriales coordonnées sont définies dans une logique d'ancrage territorial de proximité, afin de respecter les principes définis ci-dessus et de permettre de pouvoir également orienter les patients dont la situation le nécessite vers une consultation dites « en présentiel » conformément aux dispositions de l'article 28.6.1.1 de la convention et de pouvoir réintégrer à terme le parcours de soins.

Les organisations territoriales coordonnées organisées sous la forme de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé sont référencées par la caisse primaire de leur lieu d'implantation, après avoir recueilli l'avis, à titre consultatif, de la commission paritaire locale des médecins libéraux (CPL), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est départemental, ou de la commission paritaire régionale des médecins libéraux (CPR), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est limitrophe à plusieurs départements, et l'avis complémentaire de la commission paritaire régionale des centres de santé dans le cas où l'organisation est constituée sous la forme d'un centre de santé.

Cet avis consultatif peut être recueilli sur pièces, sans nécessité de réunion formelle de l'instance paritaire.

Une fois l'avis de la commission recueilli, le directeur de la caisse informe, par tous moyens, le porteur de projet du référencement ou non de l'organisation territoriale envisagée.

Cette information est rendue dans un délai de deux mois suivants le dépôt de la demande de référencement par le porteur de projet.

Les organisations territoriales coordonnées constituées sous une autre forme doivent faire l'objet d'une validation devant les instances paritaires conventionnelles médecins locales ou régionales (avant de pouvoir faire l'objet d'un référencement par la caisse primaire de leur lieu d'implantation), en fonction de la taille du territoire que recouvre le projet d'organisation territoriale, afin de vérifier qu'elles répondent bien aux principes définis dans la présente convention quant aux conditions de prise en charge des actes de téléconsultations.

La procédure de validation devant les instances paritaires des projets déposés est définie à l'annexe 23.

La caisse dresse une liste exhaustive et complète de l'ensemble des organisations territoriales référencées dans les conditions définies supra afin de mettre à disposition cette liste aux patients, professionnels de santé, et autres acteurs concernés du territoire. ».

2 XB PV 5

### **Article 3 - Téléconsultations - Mise en place d'un cadre permettant la réalisation d'expérimentations**

Un article 28.6.1.6 est créé rédigé de la manière suivante.

« Afin d'améliorer l'accès aux soins et faciliter le déploiement de la télémédecine, les parties signataires souhaitent mettre en place un cadre visant à permettre la réalisation d'expérimentations de solutions de télémédecine nécessitant des dérogations aux principes posés par la présente convention pour encadrer les modalités de prise en charge des actes de téléconsultations : orientation initiale par le médecin traitant, connaissance préalable du patient et alternance sur douze mois de consultations présentes et de téléconsultations, caractère territorial de la réponse. Au vu du résultat de ces expérimentations, les partenaires conventionnels étudieront la nécessité de réviser le texte conventionnel afin de les inscrire dans le cadre de droit commun.

Ainsi, tout porteur de projet souhaitant mettre en place des modalités de recours aux actes de téléconsultations ne répondant pas aux principes sus visés, peut déposer une demande auprès du Secrétariat de la Commission Paritaire nationale définie à l'article 80 de la présente convention visant à mettre en place une expérimentation de son modèle d'organisation.

Le dossier de demande d'une expérimentation doit notamment préciser le schéma précis de l'organisation envisagée, les dérogations prévues par rapport aux modalités d'organisation et de prise en charge des actes de téléconsultations définies dans la convention, les motifs pour lesquels il apparaît nécessaire de déroger au cadre défini dans la convention, le territoire envisagé pour la mise en place de l'expérimentation, les modalités d'évaluation de l'expérimentation.

Les membres de la CPN se prononcent sur l'opportunité de mettre en place cette expérimentation, sa durée, le ou les territoires retenus pour sa réalisation.

Les modalités de vote sont celles définies à l'annexe 23 de la convention médicale. Une audition du porteur de projet est possible en séance.

La décision conforme à l'avis de la CPN est notifiée par le Directeur de l'UNCAM.

La CPN effectue un suivi régulier des expérimentations menées. ».

### **Article 4 - Modification du règlement intérieur type des commissions paritaires**

Est ajouté à la fin de l'annexe 23 de la convention médicale intitulé « règlement intérieur type des commissions paritaires un article 6 rédigé de la manière suivante.

« Article 6 - Dispositions particulières sur les organisations coordonnées territoriales de proximité dans le cadre de la téléconsultation

Conformément aux dispositions de l'article 28.6.1.2 de la présente convention, les organisations territoriales coordonnées constituées sous une autre forme que communautés

2. KB  
R  
6

professionnelles territoriales de santé (CPTS), équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), de centres de santé sont référencées par la caisse primaire à l'issue de la validation de l'organisation proposée par la commission paritaire locale (CPL) ou régionale des médecins libéraux (CPR) selon le territoire d'intervention de l'organisation, afin de s'assurer que celle-ci répond à l'organisation territoriale souhaitée par les partenaires conventionnels dans le cadre des téléconsultations.

Ainsi :

- la commission paritaire locale (CPL) est compétente, si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est départemental,
- la commission paritaire régionale (CPR), si le champ d'intervention de l'organisation territoriale est limitrophe à deux ou trois départements.

Les membres de la CPL/CPR se prononcent sur la validation de cette organisation lors d'une réunion de l'instance, qui doit se tenir au plus tard dans un délai de trois mois suivants la réception du dossier complet remis par le porteur de projet.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, à la demande du porteur de projet, ce dernier peut être entendu en séance, pour fournir les explications complémentaires qu'il juge utile.

Les modalités de vote suivent celles définies à l'article 2.2 de la présente annexe.

La commission paritaire émet en séance un avis sur la décision à prendre.

Une fois l'avis de la commission rendu, le directeur de la caisse arrête la décision conforme à l'avis de la commission et la notifie au porteur de projet dans un délai d'un mois.

Dans le cas où l'avis de la commission est réputé rendu (non tenue de la réunion, partage égal des voix) le directeur arrête la décision après avis du Directeur de l'UNCAM.

Dans les deux cas, le directeur de la caisse, adresse simultanément une copie de sa décision au Président et au Vice-Président de la CPL ou de la CPR.

Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le porteur de projet pour contester la décision. ».

#### **Article 5 - Modification du modèle de devis dentaire**

Dans l'hypothèse où les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale proposeraient aux patients un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de l'assurance maladie complémentaire), ceux-ci s'engagent à proposer une alternative sans reste à charge ou, à défaut, avec un reste à charge maîtrisé chaque fois qu'une alternative thérapeutique existe.

Le modèle de devis établi conformément à ces dispositions est joint en annexe 28 de la convention nationale, accompagné d'une fiche explicative.

*(Handwritten signatures and initials)*  
L      XB      P      JPH      J  
RV

Ainsi, l'annexe 28 de la convention nationale intitulée : « devis type pour les traitements et actes bucco-dentaires faisant l'objet d'une entente directe » est annulée et remplacée par l'annexe 28 figurant **en annexe 1** du présent avenant.

#### **Article 6- Mesures spécifiques pour les personnes en situation de handicap sévère**

**Les dispositions de l'article 12.1 de l'annexe 13 de la convention nationale intitulé « Patients concernés » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :**

« Les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap et pour lesquels une adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire est nécessaire sont concernés par les mesures décrites ci-après.

Afin de faciliter l'identification des situations nécessitant une adaptation de prise en charge en santé bucco-dentaire et permettant au médecin de bénéficier de ces mesures, une grille d'évaluation du comportement et de la coopération de ces patients au cours d'une séance de soins dentaires est proposée en annexe 13 bis de la présente convention. Dès lors que pour un des domaines de la grille, l'adaptation de la prise en charge en santé bucco-dentaire du patient en situation de handicap nécessaire est « modérée » ou « majeure », les mesures de valorisation prévues à l'article 12.2 sont applicables. La grille doit obligatoirement être complétée par le praticien à la fin de chaque séance réalisée avec un patient en situation de handicap sévère dès lors que le médecin a rencontré une difficulté au cours de la séance. Elle pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle ou à des fins d'évaluation.»

**Les deux derniers alinéas de l'article 12.2 intitulé « Valorisation de la prise en charge des patients en situation de handicap et des techniques de sédation consciente utilisées dans ce cadre » sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :**

« Par ailleurs, les partenaires conventionnels souhaitent élargir le champ des actes pris en charge en faveur de ces patients.

Ils proposent donc la création d'un nouveau supplément pour les actes techniques réalisés en deux séances ou plus à hauteur de 200€ non cumulable avec le supplément YYYY183.

Ils proposent également la prise en charge d'une consultation bucco-dentaire complexe à hauteur de 46€.

Ces mesures entreraient en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, et sous réserve de la modification de la liste des actes et prestations visée à l'article L.162-1-7 du Code de la sécurité sociale.

Le dernier paragraphe de l'article 12.3 de l'annexe 13 intitulé « les tarifs d'honoraires du dispositif de prévention » est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap, telles que définies à l'article 12.1 de la convention nationale, les partenaires conventionnels proposent la création d'un supplément de 23€ cumulable à la rémunération de l'examen de prévention bucco-dentaire ainsi qu'à celle de l'examen avec la réalisation des radiographies. La grille d'éligibilité définie en annexe 13 bis doit obligatoirement être complétée par le praticien à la

2, KB, A, JP<sup>8</sup>, R



fin de chaque séance et pourra être remise au service médical de la caisse primaire à sa demande en cas de contrôle.

Cette mesure entrerait en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L.162-14-1-1 du code de la sécurité sociale ».

En outre, est insérée une annexe 13 bis à la convention intitulée « Grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap ». Cette nouvelle annexe 13 bis figure **en annexe 2** du présent avenant.

### **Article 7 – Aménagements divers du texte conventionnel**

Afin de tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 52 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, instaurant, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019, la complémentaire santé solidaire, les partenaires conventionnels conviennent de procéder aux adaptations suivantes :

Au sous-titre 6 intitulé : « Améliorer l'accès financier aux soins bucco-dentaires », les mots : « *CMUC* » et « *ACS* » ou « *protection complémentaire en matière de santé* » ou « *aide à l'acquisition d'une protection en matière de santé* » sont remplacés par les mots « *complémentaire santé solidaire* ».

L'article 11 intitulé « le tiers-payant pour les bénéficiaires de l'ACS » est modifié et rédigé comme suit : «

Article 11- Tiers payant intégral pour les patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire<sup>1</sup>

Conformément à la réglementation, le tiers payant sur la part obligatoire et la part complémentaire est proposé aux patients bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (communément appelé Complémentaire santé solidaire). Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et sur l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés. »

Un nouvel article 11 bis est introduit, intitulé : « Dispositions transitoires », et est rédigé comme suit : « Le tiers payant sur la part obligatoire pour les patients bénéficiaires du dispositif de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné avant le 1er novembre 2019 continue de s'appliquer ».

---

<sup>1</sup> Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire. Les contrats ACS en cours de validité au 1er novembre 2019 restent valables jusqu'à leur terme (ces assurés continuent de bénéficier dans ce cadre de la dispense totale d'avance de frais).

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large stylized 'L', 'XB', '7Pm', and a signature with the number '9'.

A l'article 15-4-1 de la convention nationale, intitulé : «Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients » les mots : « patients bénéficiaires de la CMU C » sont remplacés par les mots « patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière. ».

A l'article 16-2 de la convention nationale : « La valorisation du rôle de médecin correspondant » et à l'article 28-1 intitulé : « la consultation de référence » les mots : « *patients bénéficiaires de la CMU complémentaire* » et « *patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS* » sont remplacés par les mots « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

A l'article 29 intitulé : « Valorisation des activités techniques », et à l'article 29.2.2 intitulé « Revalorisation du modificateur K », les mots : « *patients bénéficiant de la CMU c et de l'ACS* » sont remplacés par les mots : « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

A l'article 37-1 intitulé : « Cas particulier de l'accès non coordonné », les mots : « *patients bénéficiaires de la CMU complémentaire* » sont remplacés par les mots : « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

A l'article 38-3 intitulé : « Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents titulaires du droit à dépassement permanent », les 3 premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :  
« Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins.

De plus, en sus des situations déjà prévues par les en application des textes réglementaires, dans les situations d'urgence médicale et de soins délivrés aux patients bénéficiaires de la *Complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière*, les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables.

A titre transitoire, pour les patients disposant encore d'une attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) valide, les médecins pratiquent leurs actes aux tarifs opposables. »

De même l'article 38-4 intitulé : « *Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif de l'ACS* » est remplacé par un nouvel article 38-4 rédigé comme suit :

« Article 38-4 : *Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif de la complémentaire santé solidaire*

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large stylized signature, "XB", a circled "P", "JBM 10", and "PN".

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de la *complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;
- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à *complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière*. A cet égard, l'information que le patient bénéficie de la complémentaire santé solidaire figure dans la carte vitale et sur l'attestation tiers payant intégral de l'assuré.

A l'article 41-2 intitulé : « Engagement de l'assurance maladie », les mots : « *patients bénéficiant de la CMUC, de l'ACS* » sont remplacés par les mots « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

A l'article 85 intitulé : « De l'examen des cas de manquements », les mots : « le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des *bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS* » sont remplacés par les mots : « le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des *bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* » ;

A l'article 2.1 « engagement du praticien » de l'annexe 18 de la convention nationale intitulée : « option type – option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), les mots : « *patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS* » sont remplacés par les mots : « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

A l'article 2.1 « engagement du praticien » de l'annexe 20 de la convention nationale intitulée : « option type – option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique (OPTAM - CO) », les mots : « *patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS* » sont remplacés par les mots : « *patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sans ou avec participation financière* ».

L'annexe 27 de la convention nationale intitulée : « *montant maximal des dépassements applicables aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé visés à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale* » est désormais intitulée : « *montant maximal des dépassements applicables aux bénéficiaires du droit à la complémentaire santé solidaire visés à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale* ».

Dans cette même annexe, aux articles 1 et 2, les mots : « *CMUC* » sont remplacés par les mots : « *complémentaire santé solidaire* ».

#### **Article 8 – Dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical : mesures complémentaires**

Conformément à l'article 9-5-2-4 dernier alinéa de la convention nationale, et compte tenu des besoins exprimés dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical, les partenaires conventionnels s'accordent pour élargir les conditions dans lesquelles l'option spécifique de financement d'un assistant médical à hauteur d'un équivalent temps plein pour un médecin est étendue à d'autres territoires que ceux classés en zones

d'intervention prioritaires (zones éligibles aux aides conventionnelles) dans la mesure où ils sont soumis à des tensions démographiques fortes. Ils s'accordent également pour assouplir, à titre dérogatoire, les conditions d'exercice regroupé dans le cadre de cette option.

Il est ainsi décidé ce qui suit :

A l'article 9-5-2-4 de la convention nationale, intitulé : « option spécifique de financement et d'engagement en zone sous-dense », le 1<sup>er</sup> alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par dérogation, le financement d'un assistant médical à hauteur d'un équivalent temps plein pour un médecin est possible, pour les médecins répondant aux conditions suivantes :

- Installation en zones sous denses, classées comme « Zones d'interventions prioritaires » (ZIP) par les Agences Régionales de Santé (zones éligibles aux aides conventionnelles),
- Installation en zones sous denses, classées comme « Zones d'Actions Complémentaires » (ZAC) par les Agences Régionales de Santé, dont l'APL est d'une valeur inférieure ou égale à 3,5, et les zones dérogatoires telles que définies en commission paritaire locale, conformément à l'article 9-3-5, au paragraphe «médecins exerçant en zones d'actions complémentaires » et dès lors que le médecin a au moins un niveau de patients médecins traitants adultes équivalent au 50<sup>ème</sup> percentile ou au 50<sup>ème</sup> percentile de file active de patients déterminé pour chaque spécialité (cf. annexe 2), pour les médecins des autres spécialités.

Les partenaires conventionnels examineront, dans le cadre du suivi de la mise en œuvre du dispositif d'aide à l'embauche d'un assistant médical, les conditions de révision des présentes dispositions dérogatoires compte tenu des révisions à venir des zonages régionaux concernant la profession des médecins ».

Le dernier alinéa de l'article 9-5-2-4 est supprimé.

A l'article 20.3 de la convention nationale, au 4<sup>e</sup> alinéa, la phrase « Pour le financement (article 9-5-2-4), l'aide est répartie de la manière suivante » est supprimée et remplacée par les dispositions suivantes : « Pour le financement dans le cadre de l'option spécifique pour les médecins exerçant en ZIP ou ZAC dans les conditions telles que définies à l'article 9-5-2-4, l'aide est répartie de la manière suivante : ».

A l'article 9-3-5 intitulé : « dérogations aux critères d'éligibilité », le paragraphe intitulé : « dérogations au principe de regroupement » est modifié de la manière suivante :

Le titre du paragraphe « médecins en zones sous denses », est remplacé par le titre suivant : « médecins exerçant en zones d'interventions prioritaires (ZIP) ».

En outre, à la suite de ce paragraphe, est inséré un paragraphe intitulé :

« - médecins exerçant en zones d'actions complémentaires, et rédigé comme suit :

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page, including a large vertical mark, "NB", a circled mark, "JPh", "12", and "AR".

- Pour les médecins exerçant en zone classée en tant que Zones d'Actions Complémentaires (ZAC) par décision du DG ARS et dont l'APL est d'une valeur inférieure ou égale à 3,5, conformément à l'article 1434-4° du code de la santé publique, la condition de regroupement n'est pas exigée mais le médecin doit avoir au moins un niveau de patients médecins traitants adultes équivalent au 50ème percentile ou au 50<sup>ème</sup> percentile de file active de patients déterminé pour chaque spécialité (cf. annexe 2), pour les médecins des autres spécialités. Les commissions paritaires locales (CPL) disposent d'une marge de manœuvre locale afin d'adapter, en fonction du contexte local lié à l'offre de soins, ces zones et prendre en compte des zones classées en ZAC avec un APL supérieur à 3,5. Ces zones ne peuvent pas représenter plus de 20 % des médecins éligibles dans les zones classées en ZAC dont l'APL est d'une valeur inférieure ou égale à 3,5. Cet élargissement doit être décidé avant toute décision de dérogation par la caisse lors de la 1<sup>ère</sup> CPL suivant l'entrée en vigueur des présentes dispositions, la décision étant prise à la majorité des 2/3 des membres présents ou représentés.

En outre, l'annexe 1 intitulé : « contrat type d'aide conventionnelle à l'embauche d'un assistant médical » est modifiée comme suit :

A l'article 2.3.1 intitulé : « vérification de l'atteinte des objectifs du médecin signataire », au 1<sup>er</sup> alinéa, après les mots : « option spécifique exerçant en zones d'interventions prioritaires » ; sont ajoutés les mots : « ou zone d'action complémentaire dans les conditions telles que définies à l'article 9-5-2-4 ».

De même, à l'article 2.3.2 intitulé : « versement de l'aide en contrepartie du respect des engagements », au paragraphe : « pour le financement d'au moins 1 ETP d'assistants médical », sont ajoutés, après les mots « pour le médecin installé en zone d'intervention prioritaire » les mots : « ou zone d'action complémentaire dans les conditions telles que définies à l'article 9-3-5 ».

#### **Article 9 – Annexe tarifaire**

**L'annexe 1 de la convention nationale intitulée : « TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES »** est modifiée, pour prendre en compte les différentes décisions UNCAM relatives à la Liste des actes prestations publiées depuis le 1er août 2018, date d'entrée en vigueur de l'avenant 6 à la convention médicale ainsi que pour tenir compte de la mise en place du parcours de soins à Mayotte dans les conditions définies par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Cette annexe 1 revue figure **en annexe 3** du présent avenant.

2      AB      Φ      JM      d 13  
R

Fait à Paris, le 11 mars 2020

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie  
Le Directeur Général.



Nicolas REVEL

Au titre des généralistes

Au titre des spécialistes

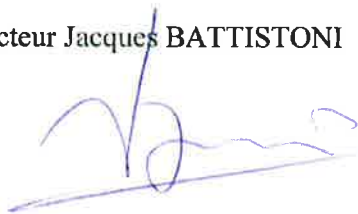
Le Président de la Confédération des  
Syndicats Médicaux de France

Docteur Jean-Paul ORTIZ



Le Président de la Fédération Française des  
Médecins Généralistes

Docteur Jacques BATTISTONI

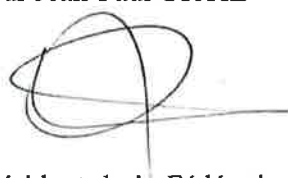


Le Président de la Fédération des Médecins  
de France



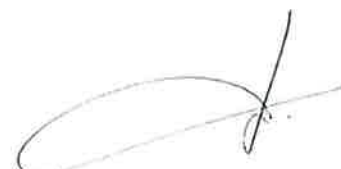
Le Président de la Confédération des  
Syndicats Médicaux de France

Docteur Jean-Paul ORTIZ



Le Président de la Fédération des Médecins  
de France

Docteur Jean-Paul HAMON



Le Président du Syndicat des Médecins  
Libéraux

Docteur Philippe VERMESCH



Le Président du Syndicat des Médecins Libéraux


Docteur Philippe VERMESCH



Les Co-Présidents du syndicat Le BLOC

  
Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU

  
Docteur Philippe CUQ

  
Docteur François HONORAT



**Annexe 1- Avenant 8 à la convention médicale**

**« Annexe 28 de la convention nationale- devis type pour les traitements et actes bucco-  
dentaires faisant l'objet d'une entente directe-**

|

↑

KB

⊗

JM

<sup>1</sup>

↓

W



**DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE**  
conformément aux dispositions de la convention nationale des chirurgiens-dentistes (publiée au JO du 25 août 2018)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité. Ce devis est informatif, les montants des honoraires et prises en charge sont définis selon les droits effectifs à la date de réalisation de l'acte. Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis.

**Identification du chirurgien-dentiste traitant**

Nom Prénom : .....  
 Identifiant du praticien RPPS : L..... N°Adeff : L..... ou  
 N° de l'établissement (FINESS) : L.....  
 Raison sociale et adresse : .....

**Identification du patient**

Nom et prénom : ..... Date de naissance : - / - / - - - -  
 N° de Sécurité sociale du patient : .....

*A remplir par l'assuré si celui-ci souhaite envoyer ce devis à son organisme complémentaire pour connaître son éventuel reste à charge selon son contrat :*

Nom de l'organisme complémentaire : .....  
 N° de contrat ou d'adhésion : .....  
 Référence dossier (à remplir par l'organisme complémentaire) : .....

Date du devis : - / - / - - - -  
 Valable jusqu'au (sous réserve de modification réglementaire) : - / - / - - - -

Ce devis contient ..... pages indissociables  
 Description du traitement proposé : .....

**Lieu de fabrication du dispositif médical :**  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne

sans soustraction du fabricant  avec une partie de la réalisation du fabricant sous-traitée :  au sein de l'Union Européenne  hors Union Européenne  
 A l'issue du traitement, il vous sera remis une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité du dispositif médical (document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

**Légende explicative du devis :**

\* HN = Hors Nomenclature,

\*\*\* Les montants remboursés et non remboursés, durée, régime obligatoire, sont indiqués, la prise en charge définitive est définie à la date de réalisation de l'acte.

** Matériaux et normes	1			2			3					
	1	4	5	1	2	3	1	2	3			
	Alliage précéteur NF EN ISO 22674 2016	Alliage non précéteur ISO 22674 2016	Céramo-céramique NF EN ISO 9693 2016	100% Santé	Modéré	Libre	Complémentaire santé solidaire	100% Santé	Modéré	Libre	Complémentaire santé solidaire	
*** Paniers	soumis à honoraires limites de facturation			soumis à honoraires limites de facturation			soumis à honoraires limites de facturation			soumis à honoraires limites de facturation		
**** Panier Complémentaire santé solidaire	sans reste à charge, si le patient bénéficie d'un contrat dit responsable			selon le contrat du patient			pour les assurés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire					



**Annexe 2- Avenant 8 à la convention médicale**

**« ANNEXE 13 bis : GRILLE DES ADAPTATIONS POUR LA PRISE EN CHARGE EN SANTE BUCCO-DENTAIRE DES PATIENTS EN SITUATION DE HANDICAP**

Champ d'utilisation : Cette échelle concerne uniquement les patients atteints d'handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, d'un polyhandicap. Sont exclues, à titre d'exemple, les personnes souffrant de phobies dentaires ainsi que les personnes âgées ne souffrant pas d'handicap sévère, qui ne sont pas concernées par cette grille et dont la prise en charge n'ouvre pas droit aux mesures tarifaires liées au handicap (article 12.3 de la convention).

Consignes d'utilisation : Cette échelle est à remplir à la fin de chaque séance avec un patient handicapé dès lors que le praticien a rencontré une difficulté pour réaliser les soins, et vous permet de justifier la raison d'une adaptation de la prise en charge. Pour chacun des domaines, cochez, dans la colonne de droite la case correspondant à la situation du patient (une seule case par domaine). Dès lors, que pour un patient atteint d'un handicap sévère ou d'un polyhandicap, une case correspondant à une prise en charge « modérée » ou « majeure » est cochée, les mesures tarifaires liées au handicap (article 12.3 de la convention) peuvent être facturées.

Adaptation de la prise en charge	DOMAINES ayant nécessité une adaptation de la prise en charge du patient pour réaliser les actes bucco-dentaires	
<b>DOMAINE DE LA COMMUNICATION</b>		
Aucune	Pas de problème de communication	
Mineure	Ex. Communication interpersonnelle lente ; Troubles cognitifs mineurs ; Malentendant ; Malvoyant ; Troubles de l'élocution ou de la communication verbale	
Modérée	Ex. Communication par l'intermédiaire d'une tierce personne ; Troubles cognitifs modérés ; déficience sensorielle complète	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Pas de communication ; Troubles cognitifs sévères ; Démence sévère	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DES PROCEDURES FACILITATRICES (sédation consciente / hypnose / AG)</b>		
Aucune	Aucune procédure facilitatrice n'a été nécessaire pour réaliser l'examen ou les soins	
Mineure	Prémédication orale pour réaliser l'examen ou les soins.	
Modérée	Sédation consciente ou hypnose pour réaliser l'examen ou les soins.	<input type="checkbox"/>
Majeure	Anesthésie générale ou sédation profonde en présence d'un médecin anesthésiste, quelle que soit l'indication.	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE LA COOPERATION pendant l'examen ou le soin (avec ou sans technique facilitatrice) (voir annexe 1*)</b>		
Aucune	Détendu ; Coopérant	
Mineure	Mal à l'aise ; Tendu ; La continuité thérapeutique est préservée mais avec beaucoup d'anxiété	
Modérée	Réticent ; Manifestation de l'opposition verbalement ou avec les mains ; La séance se déroule avec difficultés	<input type="checkbox"/>
Majeure	Très perturbé ou totalement déconnecté ; La séance est régulièrement interrompue ; Réactions de fuite, Séance avec contention ou prématurément stoppée.	<input type="checkbox"/>
<b>DOMAINE DE L'ETAT DE SANTE GENERALE (voir annexe 2**)</b>		
Aucune	Patient en bonne santé générale	
Mineure	Patient présentant une maladie systémique légère ou bien équilibrée	
Modérée	Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère	<input type="checkbox"/>
Majeure	Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital	<input type="checkbox"/>

### Notice explicative

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Votre praticien vous précise la date du devis et la date de fin de validité de ce devis.

Votre praticien vous informe des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes et peut vous proposer plusieurs devis le cas échéant.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire pour connaître votre reste à charge, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le praticien décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le praticien indique dans la colonne Base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable). Par ailleurs, quand l'acte n'est pas décrit à la CCAM ou à la NGAP, le praticien indique la mention « HN » (Hors nomenclature).

Lorsque le praticien vous propose un ou des actes avec un reste à charge (après l'intervention de la complémentaire), il doit mentionner dans la partie « information alternative thérapeutique » du devis les actes sans reste à charge (panier 100% santé) ou à défaut avec un reste à charge maîtrisé constituant une alternative thérapeutique chaque fois qu'elle existe et si elle est ou non réalisée par le praticien

Le praticien doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- au sein de l'Union européenne (UE),
- hors de l'Union européenne.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le praticien en précise le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise par votre praticien en fin de traitement. »

2, AB, PV, M, 4

DOMAINE DE L' ETAT DE SANTE BUCCO-DENTAIRE		
Aucune	Pas de facteur de risque particulier induisant un mauvais état bucco-dentaire	
Mineure	Présence d 'un facteur de risque uniquement en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	
Modérée	Présence d 'un facteur de risque modéré en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie, ex. Troubles de la déglutition ; Fente labiopalatine ; Gastrostomie ; Trachéotomie ; Limitation de l'ouverture buccale, Spasticité	<input type="checkbox"/>
Majeure	Association de plusieurs facteurs de risque en lien avec un syndrome, une dysmorphologie, ou une maladie ET en lien avec une hygiène défailante ou une alimentation sucrée	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE L'AUTONOMIE		
Aucune	Pas de perte d'autonomie pour accéder aux soins dentaires	
Mineure	Besoin d'une assistance hors du cabinet dentaire ex. prises de rdv, transport par un tiers (parent, VSL, taxi); fauteuil roulant	
Modérée	Besoin d'un accompagnateur lors des soins ex.aide aux transferts ; à la prise en charge comportementale ; à la communication	<input type="checkbox"/>
Majeure	Ex. Besoin d'être porté lors des transferts ; Interruption de la continuité des soins cause hospitalisations/épisodes aigües fréquentes ; Besoin de plusieurs accompagnateurs lors des soins	<input type="checkbox"/>
DOMAINE DE LA GESTION MEDICO-ADMINISTRATIVE (ex. constitution du dossier médical ; lien avec l'établissement, la famille, l'assistant social ; contact avec la tutelle)		
Aucune	Pas de gestion médico-administrative particulière	
Mineure	La gestion médico-administrative est faite par une tierce personne (famille, assistant social, établissement, médecin traitant...) ou dans le cadre d'une procédure de télémédecine bucco-dentaire.	
Modérée	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec un seul secteur (médical, médico-social ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>
Majeure	La gestion médico-administrative est faite par le chirurgien-dentiste avec et entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et/ou médico-légal)	<input type="checkbox"/>

\*Voir Echelle de Venham in extenso en annexe 1

\*\*Voir Echelle ASA in extenso en annexe 2

Ce document est à conserver dans le dossier du patient (renseignements nécessaires à l'évaluation des mesures et à communiquer au service médical de l'assurance maladie à sa demande).

#### Annexe 1

Score	Echelle de VENHAM modifiée*
0	<b>Détendu</b> , souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1	<b>Mal à l'aise, préoccupé</b> . Pendant une manoeuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – exprimer ce qu'il ressent quand on le lui demande. Expression faciale tendue. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste.
2	<b>Tendu</b> . Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manoeuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3	<b>Réticent</b> à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques, pleurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4	<b>Très perturbé</b> par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5	<b>Totalement déconnecté</b> de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat ; inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

\*Hennequin et al. French versions of two indices of dental anxiety and patient cooperation. Eur Cells Mater, 2007; 13: 3

2 X B JP 4 A  
RV

**Annexe 2**

**ASA PS Classification\*\* (American Society of Anesthesiologists)**

<b>Score</b>	<b>Définition</b>	<b>Exemples, non exclusifs :</b>
<b>ASA I</b>	<b>Patient en bonne santé</b>	Bon état général, non-fumeur, pas ou peu de consommation d'alcool
<b>ASA II</b>	<b>Patient présentant une maladie systémique mineure ou bien équilibrée</b>	Maladie mineure sans limitation fonctionnelle importante. Exemples non-exclusifs : tabagisme, consommation sociale d'alcool, grossesse, obésité (30 < IMC < 40), diabète équilibré, hypertension artérielle contrôlée, insuffisance respiratoire mineure
<b>ASA III</b>	<b>Patient présentant une maladie systémique modérée ou sévère</b>	Limitation fonctionnelle importante ; Une ou plusieurs maladies modérées à sévères. Exemples non-exclusifs : diabète non équilibré, hypertension artérielle non- contrôlée, insuffisance respiratoire modérée, obésité morbide (IMC ≥40), hépatite active, insuffisance rénale avec dialyse régulière, antécédent datant de > 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent
<b>ASA IV</b>	<b>Patient présentant une maladie systémique sévère mettant en jeu le pronostic vital</b>	Exemples non-exclusifs : antécédent datant de < de 3 mois d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire ou d'insuffisance coronaire ayant nécessité la pose de stent, d'ischémie cardiaque, de dysfonction valvulaire sévère, sepsis, coagulation intravasculaire disséminée, insuffisance respiratoire aiguë, insuffisance rénale terminale sans dialyse

*\*\* disponible à : [www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system](http://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system) »*

1

VB

⊗

JOH

PV

**Annexe 3- Avenant 8 à la convention médicale**

**ANNEXE 1. TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES**




**Sous-Titre 1. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes**

**Article 1 Tarifs en vigueur en euros**

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 et à l'article 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Majoration pour les Médecins Généralistes : MMG (prévue à l'article 28.1 de la convention médicale)  <i>Par mesure de simplification de la facturation la consultation de référence du médecin généraliste est facturée « G » pour C+MMG/ « GS » pour CS+MMG/ « VG » pour V+MMG et « VGS » pour VS+MMG</i>	2,00	2,00	2,00	2,00

1

<b>Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » (prévu à l'article 14.9.3 de la NGAP et à l'article 28.6.1.4 de la convention)</b>				
Acte de téléconsultation du médecin généraliste secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM, ou n'ayant pas adhéré à l'OPTAM dans le cas du respect des tarifs opposables : TCG	25,00	29,60	29,60	29,60
Acte de téléconsultation du médecin généraliste de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM avec dépassement: TC	23,00	27,60	27,60	27,60
<b>Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin (prévu à l'article 14.9.4 de la NGAP et à l'article 28.6.2.3 de la convention)</b>				
Acte de téléexpertise de niveau 1 d'un médecin sollicité par un autre médecin : TE1	12,00	14,40	14,40	14,40
Acte de téléexpertise de niveau 2 d'un médecin sollicité par un autre médecin : TE2	20,00	24,00	24,00	24,00
<b>Avis ponctuel de consultant pour les médecins spécialistes en médecine générale (prévu à l'article 18 B de la NGAP et aux articles 16.2 et 28.3.5 de la convention)</b>				
Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet : APC	50,00	60,00	60,00	60,00
Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade : APV	50,00	60,00	60,00	60,00
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier: APU	69,00	82,80	82,80	82,80
Majoration Enfant du médecin généraliste pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans : MEG (prévue à l'article 14.7 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00


  
 AB  <sup>2</sup>
  
 PV 



Majoration de coordination généraliste : MCG (prévue à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration d'urgence du médecin traitant pour adressage vers le médecin correspondant dans les 48 heures : MUT (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration du médecin correspondant sollicité par le médecin traitant dans les 48 heures : MCU (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Majoration du médecin traitant pour la consultation réalisée en urgence sur demande du centre de régulation médicale des urgences : MRT (prévue à l'article 28.2.5 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 3 exerçant dans un service d'urgence privé : U03 (prévue à l'article 14.1.1 de la NGAP)	30,00	36,00	36,00	36,00
Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 4 et 5 exerçant dans un service d'urgence privé : U45 (prévue à l'article 14.1.2 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
<b>Consultations et majorations complexes</b>				
Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat : COE (prévue à l'article 14.9 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20

2

AB

AD

AP

3

PV

<p>Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans : CCP (prévue à l'article 14.8 de la NGAP)</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité par le médecin traitant : CSO (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p><b>Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste : CSE</b> (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire : PTG (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)</p>	23,00	27,60	27,60	27,60

1.  4

VB  
PV

Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant : MSH  (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
<b>Consultations et majorations très complexes</b>				
Consultation très complexe réalisée au domicile du patient : VL  (prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)	60,00	72,00	72,00	72,00
Majoration pour consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative: MIS  (prévue à l'article 15.9 de la NGAP)  Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH : PIV  (prévue à l'article 15.9 de la NGAP)  Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX	30,00	30,00	30,00	30,00
Consultation de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme : CTE (prévue à l'article 15.9 de la NGAP)  Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE	60,00	72,00	72,00	72,00

2

YOB

P

24

AV

5

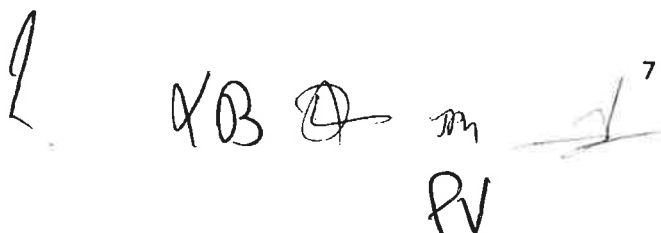
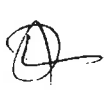

sl

Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (dont le médecin n'est pas le médecin traitant) (prévue à l'article 28.5 de la présente convention)	5,00	5,00	5,00	5,00
Forfait de surveillance thermal : STH (prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)	80,00	80,00	80,00	80,00
K Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	1,92	1,92	1,92	1,92
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
<b>Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation <sup>(3)</sup></b> (prévues à l'article 10 et à l'annexe 9 de la convention médicale)				(3)
CRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet	42,50	42,50	42,50	(3)
VRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite	46,00	46,00	46,00	(3)
CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet	51,50	51,50	51,50	(3)
VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite	59,50	59,50	59,50	(3)
CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet	26,50	26,50	26,50	(3)
VRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite	30,00	30,00	30,00	(3)
<b>Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD</b> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00

6

L. KQ  JPN  
 

<b>Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit</b> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)				
- de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MDN	38,50	38,85	39,20	39,20
- de 00h00 à 06H00 : MDI	43,50	43,85	44,20	44,20
<b>Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD <sup>(2)</sup></b> (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
<b>Majoration pour actes la nuit et le dimanche</b> (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration de dimanche et jour férié : F <sup>(1)</sup> (prévue à l'article 14 de la NGAP)	19,06	19,06	19,06	19,06
<b>Majoration d'urgence : MU</b> (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
<b>Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite : IFD</b> (prévue à l'article 13 de la NGAP)	3,50	3,85	4,20	4,20
<b>Valeur de l'indemnité kilométrique : IK</b> (prévue à l'article 13 de la NGAP):				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49


  
 KOB  m 
  
 PV

<b>Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile</b>				
- Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80	80	80	80
- Forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40	40	40	40
- Forfait mensuel de soins	90	90	90	90

(1) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet.

(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

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

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

1  
 KB  
 PV  
 JPh  
 8  
 A

**Sous-Titre 2. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes hors médecine générale**

**Article 1 Tarifs en vigueur en euros**

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : CS (prévue aux articles 2.1 et 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
CNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	39,00	46,80	46,80	46,80
Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables (prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP)	1,5 CNPSY 58,50	1,5 CNPSY 70,20	1,5 CNPSY 70,20	1,5 CNPSY 70,20
CSC (cardiologie) (prévue à l'article 15.1 de la NGAP)	47,73	54,73	54,73	54,73
<b>Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » (prévu à l'article 14.9.3 de la NGAP et à l'article 28.6.1.4 de la convention)</b>				
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste (TC) – hors psychiatrie	23,00	27,60	27,60	27,60
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie TC	39,00	46,80	46,80	46,80
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables 1.5TC	58,50	70,20	70,20	70,20

2


  
 X<sub>3</sub> DV

<b>Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin (prévu à l'article 14.9.4 de la NGAP et à l'article 28.6.2.3 de la convention)</b>				
Acte de téléexpertise de niveau 1 d'un médecin sollicité par un autre médecin : TE1	12,00	14,40	14,40	14,40
Acte de téléexpertise de niveau 2 d'un médecin sollicité par un autre médecin : TE2	20,00	24,00	24,00	24,00
<b>Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés (prévue aux articles 16.2 et 28.2.1)</b>				
Majoration de coordination spécialiste : MCS	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de coordination pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de coordination cardiologues : MCC	3,27	3,27	3,27	3,27
<b>Majoration forfaitaire transitoire (prévue à l'article 2 bis de la NGAP)</b>				
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,00	2,00	2,00	2,00
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,70	2,70	2,70	2,70
Majoration (MTS) transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte				2,00
Majoration (MTJ) transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte pour les patients de moins de 16 ans				3,00
<b>Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)</b>				

9

X03

m

RV



Avis ponctuel de consultant APC	50,00	60,00	60,00	60,00
Avis ponctuel de consultant au domicile du patient APV	50,00	60,00	60,00	60,00
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue APY	62,50	75,00	75,00	75,00
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue au domicile du patient AVY	62,50	75,00	75,00	75,00
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier APU	69,00	82,80	82,80	82,80
Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	39,00	46,80	46,80	46,80
<b>Majorations enfants des pédiatres</b>				
Nouveau Forfait Pédiatrique (jusqu'à 2 ans) du pédiatre: NFP (prévue à l'article 14.6.1 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Nouveau Forfait Enfant (de 2 à 6 ans) du pédiatre et de 6 à 16 ans du pédiatre traitant : NFE (prévue à l'article 14.6.3 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration Enfant (de 0 à 6 ans) du pédiatre : MEP (prévue à l'article 14.6.2 de la NGAP)	4,00	4,00	4,00	4,00
<b>Consultations et majorations complexes</b>				

2

QB



PV

11

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)	16,00	16,00	16,00	16,00
Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation: MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP).	23,00	23,00	23,00	23,00
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité : MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Majoration pour la consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an par le psychiatre et pédopsychiatre : MPF (prévue à l'article 14.4.4 I de la NGAP)	20,00	20,00	20,00	20,00
Majoration pour la consultation annuelle de synthèse avec la famille pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée pour le psychiatre et pédopsychiatre : MAF (prévue à l'article 14.4.4 II de la NGAP)	20,00	20,00	20,00	20,00

1

KB

TPN

PN

<p>Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie : CDE</p> <p>(prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP)</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat :COE</p> <p>Prévue à l'article 14.9 de la NGAP</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans : CCP</p> <p>(prévue à l'article 14.8 de la NGAP)</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ième jour de vie : CSM</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité : CSO</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p><b>Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste : CSE</b> (prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20

2

93

EP JPH  
PV

13

<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire : PTG</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, grand-prématuré) : POG</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...) : PEG</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires : MCT</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00

↑

KB

AM

PV

<p>Majoration pour consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge d'un asthme déstabilisé : MCA</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication : PPR</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p><b>Majoration pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient atteint de maladie neurodégénérative ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie: PPN</b></p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité : MPS</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00

2

XB

mm

15


AV

<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide) : TCA</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose : MPT</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent : SGE</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire MMF</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00

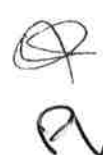
↑  
VB

17/11  
PV

<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC : SLA</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours : MSP</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<b>Consultations et majorations très complexes</b>				
<p>Consultation très complexe réalisée au domicile du patient : VL</p> <p>(prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Majoration pour consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, réalisée : MIS</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00

L. X03  17  
 PI

<p>Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH : PIV</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique : MAV</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha) : MPB</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal : MMM</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00

2. KB  JPH 



<p>Majoration pour consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale : CPM</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale : IGR</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p><b>Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue.</b></p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier : EPH</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00

2

QB

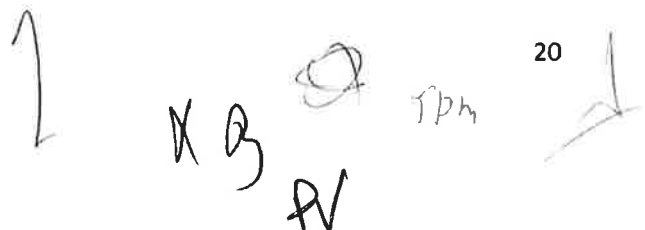
Q  
R

PM

A



consultation de 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 : CGP  (prévue à l'article 15.9 de la NGAP)  Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé CCE	60,00	72,00	72,00	72,00
<b>Consultation de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme : CTE</b> (prévue à l'article 15.9 de la NGAP)  Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE	60,00	72,00	72,00	72,00
Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (dont le médecin n'est pas le médecin traitant)  (prévue à l'article 15.4.1 et à l'article 28.5 de la convention)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration d'urgence du médecin traitant pour adressage vers le médecin correspondant dans les 48 heures : MUT  (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration du médecin correspondant sollicité par le médecin traitant dans les 48 heures : MCU  (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Majoration de la consultation du médecin traitant réalisée en urgence sur demande du centre de régulation médicale des urgences : MRT  (prévue à l'article 28.2.5 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00

20



Consultation correspondant de niveau CCMU 3 du médecin urgentiste: U03 (prévue à l'article 14.1.1 de la NGAP)	30,00	36,00	36,00	36,00
Consultation correspondant de niveau CCMU 4 et 5 du médecin urgentiste : U45 (prévue à l'article 14.1.2 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Forfait thermal (STH) (prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)	80,00	80,00	80,00	80,00
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M A <sup>(1)</sup> (NGAP titre XI, chapitre II)	150,00	150,00	150,00	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M G <sup>(2)</sup> (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveaux-nés (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	
<b>Actes en coopération</b>				
Bilan visuel réalisé à distance en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste : RNO				
- Avis du Collège des Financeurs	23,00	23,00	23,00	23,00
- A compter de l'inscription de l'acte à la nomenclature	28,00	28,00	28,00	28,00
<b>Lettres clés :</b>				
K (actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin)	1,92	1,92	1,92	1,92

2

KB  JPN   
PV

ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
KMB : utilisée exclusivement par le médecin biologiste lorsqu'il réalise un prélèvement par ponction veineuse directe	2,52	2,52	2,52	2,52
<b>Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)</b>				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 pour les pédiatres MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 20H00 à 08H00 pour les spécialistes (hors pédiatres) MN	25,15	25,15	25,15	25,15
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 pour les pédiatres MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Valeur de la majoration pour acte effectué un dimanche et de jour férié F <sup>(3)</sup>	19,06	19,06	19,06	19,06
<b>Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes</b>				
Agglomération PLM <sup>(4)</sup>	5,34			
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57	4,57
<b>Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)</b>				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49

(1) et mentionnée au 3ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(2) et mentionnée au 2ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(3) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

22

X B  
RV

JPn A

(4) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

2

X B

① JPN  
PV

23

