

Cotation des actes & optimisation

www.med-in-occ.org – Tous droits réservés
Rédacteurs : a.raolisoa@urpslrmp.org - jplantrou@urpslrmp.org - lmaury@urpslrmp.org

La cotation des actes médicaux est un enjeu clé pour les médecins libéraux : elle conditionne leurs revenus tout en assurant le respect des règles de prise en charge des patients. Optimiser la cotation permet de trouver un bon équilibre entre précision et rentabilité. Une cotation rigoureuse permet d'éviter également toute difficulté en cas de contrôle de l'Assurance Maladie.

En maîtrisant les nomenclatures la Classification Commune des Actes Médicaux (**CCAM**) et la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (**NGAP**), ainsi qu'en appliquant correctement les majorations, les médecins peuvent garantir une cotation conforme aux exigences réglementaires, éviter les erreurs coûteuses et améliorer la qualité de leur pratique tout en assurant une meilleure rémunération.

I Comprendre les systèmes de cotation NGAP et CCAM

Lorsqu'un médecin réalise un ou plusieurs actes médicaux, il doit s'appuyer sur deux principaux systèmes de cotation qui déterminent les codes d'actes médicaux :

- La **Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)** : concerne principalement les actes cliniques tels que les consultations, les soins courants et les actes non techniques.
- La **Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)** : s'applique aux actes de chirurgie (biopsie, curetage, incision, ablation de corps étranger, exérèse, etc.) et aux actes techniques médicaux (actes de dépistage ou de prévention tels que bilan visuel, audiométrie, ECG...).

1 - Les caractéristiques des nomenclatures NGAP / CCAM

Chaque acte est associé à un code spécifique, accompagné de règles précises de hiérarchisation, de cumul et de majoration. Comprendre ces deux nomenclatures est essentiel pour éviter les erreurs de facturation et optimiser les revenus tout en respectant les règles en vigueur. Voici les bases essentielles :

	NGAP (Nomenclature Générale Des Actes Professionnels)	CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)
Type d'acte	Actes cliniques / médicaux	Actes techniques
Code acte	Pas de limite stricte de caractères	7 caractères alphanumériques maximum (4 lettres et trois chiffres)
Complément tarifaire	Codes complémentaires (ex : F : dimanche et jour Férié, N, MN : Nuit, majoration de déplacements : MD...)	Majorations (Ex : P : Urgence de 20h à 00h, S : de 00h à 8h00, F : Férié)
Cumul d'actes	N'utilise pas de code de cumul d'actes	1 ^{er} acte coté à 100 %, le second à 50 %, les suivants généralement non cotés

Illustration 1 – La cotation des actes et son optimisation

Les actes médicaux sont cotés selon deux systèmes principaux, la NGAP et la CCAM, dont les tarifs dépendent du secteur de conventionnement du médecin.

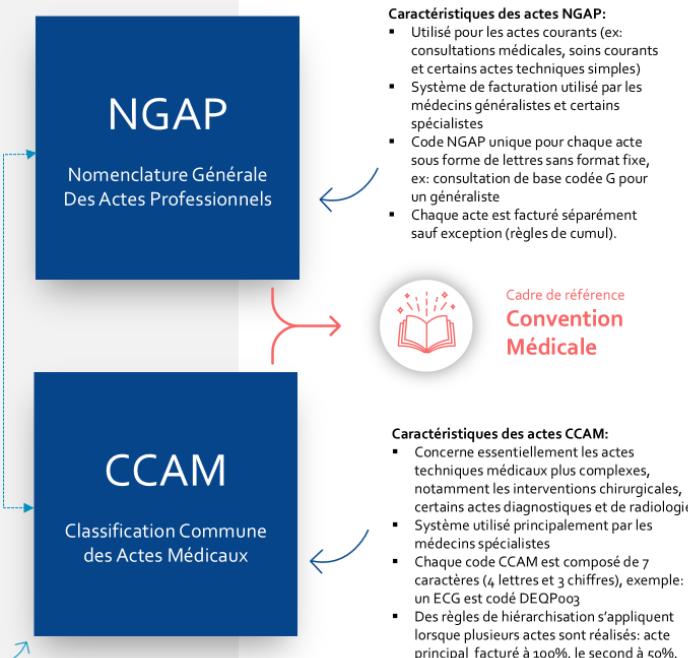
Secteur 1
Généraliste/specialiste
Tarifs convention médicale
(dont majoration) sans
dépassements d'honoraires.

Secteur 2 OPTAM

Secteur 2 NON OPTAM
Tarifs libres avec dépassements
d'honoraires non encadrés

Secteur 3 (hors convention)
Généraliste/specialiste -
Honoraires libres avec
remboursement patient minimal

Pour consulter les codifications et les tarifs des actes, les médecins peuvent accéder aux ressources officielles. La CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) met à jour régulièrement les informations sur les actes de la NGAP et de la CCAM, y compris les tarifs, majorations et modificateurs.



Caractéristiques des actes NGA

- Utilisé pour les actes courants (ex: consultations médicales, soins courants et certains actes techniques simples)
 - Système de facturation utilisé par les médecins généralistes et certains spécialistes
 - Code NGAP unique pour chaque acte sous forme de lettres sans format fixe, ex: consultation de base codée G pour un généraliste
 - Chaque acte est facturé séparément sauf exception (règles de cumul).

Cadre de référence **Convention Médicale**

Caractéristiques des actes CCAM

- Concerne essentiellement les actes techniques médicaux plus complexes, notamment les interventions chirurgicales, certains actes diagnostiques et de radiologie
 - Système utilisé principalement par les médecins spécialistes
 - Chaque code CCAM est composé de 7 caractères (4 lettres et 3 chiffres), exemple: un ECG est codé DEQPo03
 - Des règles de hiérarchisation s'appliquent lorsque plusieurs actes sont réalisés: acte principal facturé à 100%, le second à 50%, et les suivants non remboursés

Penser au cumul des actes

Stratégies et outils clés pour optimiser la cotation des actes médicaux

Appliquer les majorations et modificateurs

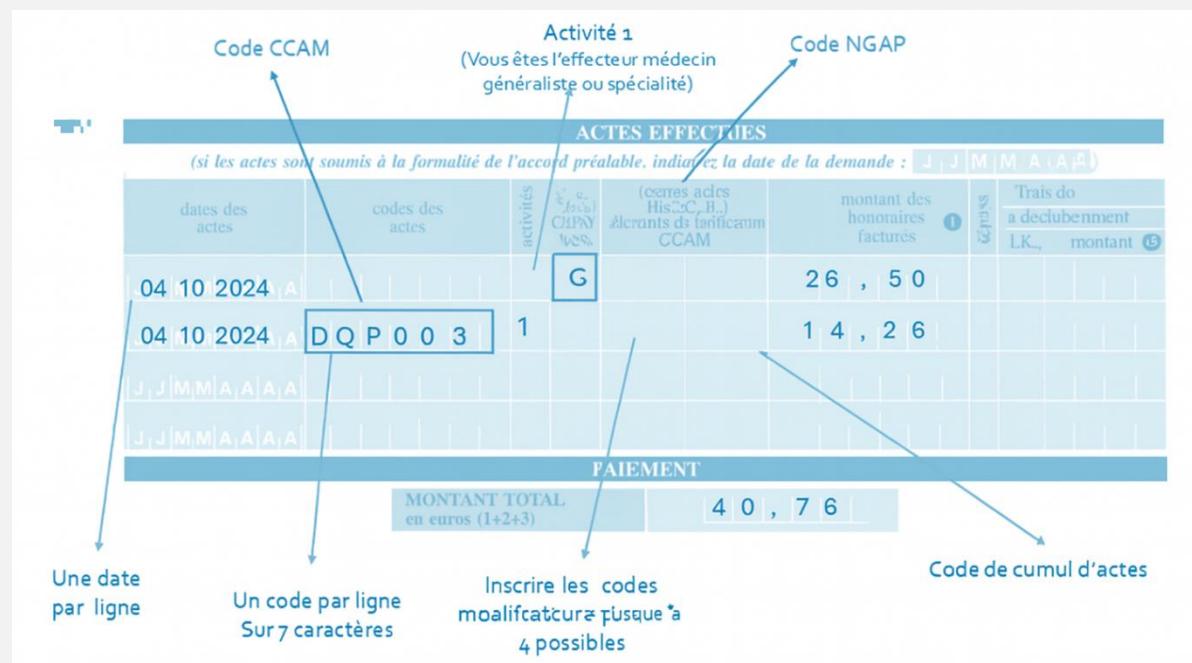
Se former régulièrement

La maîtrise **des systèmes de cotations** et de **ses évolutions** contribue à une facturation optimale.

2 – Complétude de la feuille de soins & règles de cumul

Sur une même feuille de soins, on peut inscrire un code CCAM et un code NGAP sur des lignes différentes uniquement dans quelques cas autorisés (article III-3-A des Dispositions générales et dispositions diverses CCAM).

Exemples : une consultation (NGAP) + un ECG (CCAM DEQP003), une consultation ou visite + un frottis cervical (CCAM JKHD001) ou encore + une biopsie cutanée superficielle. En dehors de ces exceptions, un acte technique CCAM ne peut pas se cumuler avec un acte clinique NGAP (consultation/visite).



Comment coter ?

La règle de base est :

- Une ligne par code
- Indication de la date de l'acte pour chaque ligne

1. Code de l'acte (7 caractères)

Tout acte de la liste est identifié par un code auquel correspond un libellé.

Le code principal comporte sept caractères :

- Les quatre premiers précisent la topographie, l'action, le mode d'accès et la technique,
- Les trois derniers constituent un compteur aléatoire.

2. Code activité

Indiquer :

- 1 si vous êtes l'opérateur principal – Travail seul,
- 2 ou 3 pour les autres opérateurs,
- 4 pour l'anesthésiste.

3. Code extension documentaire

Demandé par les sociétés scientifiques : actuellement non utilisé.

4. Code phase de traitement

Le code «1» identifie la première phase de traitement,

Le code «2» la deuxième phase,

Le code «3» la troisième phase.

Par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement, le code est «0».

5 et 6. Modificateurs

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes.

Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte.

Quatre modificateurs au plus peuvent être codés.

Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Modificateurs urgence (U - P - S - F)

« Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 8 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles, à l'exclusion des forfaits de surveillance continue » :

▪ Code U :

Acte réalisé en urgence par les médecins la nuit entre 20 h et 08 h, à l'exclusion de :

- Acte réalisé par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, gynécologues-obstétriciens ou anesthésistes ;
- Acte réalisé par les pédiatres, médecins généralistes ou sages-femmes ;
- Acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, de 00h à 08h.

Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et 00h, incluant l'acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues (article 19.03 de la CCAM).

▪ Code P - Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h.

▪ Code S - Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 08h.

▪ Code F - Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié.

▪ Code M - Majoration pour soins au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient.

- **Code D - Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide.**
- **Code E (Modificateur Age) - Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans**, à l'exclusion d'un acte de radiographie du squelette entier, de l'hémi-squelette, des actes de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.

7. Code association non prévue

Lorsqu'un médecin, au cours d'une même séance, associe deux actes cotés en CCAM et que cette association n'existe pas en CCAM, il doit mentionner un « code association » qui précise les modalités de tarification de chaque acte. Ainsi, chaque acte doit figurer sur une ligne avec un code d'association indiquant la règle de tarification (1 : 100 %, 2 : 50 %, 3 : 75 %).

Exemples : si deux actes techniques médicaux différents, coder le plus onéreux en « code 1 » (plein tarif) et le second en « code 2 » (50 %). En chirurgie, si deux actes concernent des sites distincts (par exemple deux membres différents), le second peut être coté en « code 3 » (75 %).

1. Règle générale

On ne peut pas cumuler une consultation/visite (acte clinique NGAP) avec un acte technique CCAM, sauf exceptions (ECG, frottis, biopsie cutanée, certaines échographies) autorisées par la nomenclature. Dans ces cas particuliers, l'acte technique est coté à 100 % ou 50 % selon les règles en vigueur.

2. Dérogations

- Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.
- Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur. (...)
- Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein : les actes de radiologie conventionnelle y compris les suppléments autorisés avec ces actes et le guidage radiologique peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ; (...)
- Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie, en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical. (NDLR : ce paragraphe concerne la réalisation d'actes de la CCAM mais on peut conseiller la même attitude pour des actes cliniques).

Les codes associations

- Le code 1 signifie que l'acte est tarifé à 100 %. Le code 2 signifie que l'acte est tarifé à 50 %.
- Le code 3 signifie que l'acte est tarifé à 75 %. Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 c) ci-dessus. Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %.
- Le code 5 signifie que les actes sont tarifés à 100 % ; ce code est utilisé dans le cas décrit au paragraphe 2 d) ci-dessus.

8. Remboursement exceptionnel

Code X pour les actes remboursables selon circonstances :

Exemple : ablation d'un naevus hors indication esthétique.

9. Code FSD - Forfait de sécurité dermatologique

Ce code s'applique à une liste d'actes d'exérèse de nævus cellulaires ou de tumeurs malignes cutanées lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.

Depuis la convention médicale 2024, de nouvelles majorations de **prise en charge des soins non programmés** sont apparues. Exemples : la majoration SHE rémunère la prise en charge d'un patient entre 19h et 21h à la demande de la régulation SAS (en plus de l'acte SNP ou MRT) ; la majoration MHP s'applique pour un acte réalisé hors urgence pendant les horaires de garde (PDSA) en l'absence de régulation, non cumulable avec les majorations d'urgence nuit/dimanche.

Par ailleurs, en **téléconsultation**, les majorations d'urgence nuit ou férié (MN, MM, F) ne sont désormais plus applicables aux actes depuis le 22 décembre 2024 (seules restent autorisées les majorations spécifiques comme MEG, MUT, MRT en télémédecine).

II Les principaux actes de cotation

Dans cette section, nous présentons des tableaux récapitulatifs des actes les plus fréquemment facturés selon les nomenclatures NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux).



Pour obtenir une liste complète des actes, il est nécessaire de consulter directement la base de données officielle de la CCAM ou NGAP sur des plateformes comme [Ameli.fr](https://ameli.fr).

1 - Actes courants en médecine générale (NGAP)

Ce tableau regroupe les actes techniques, tels que les examens et les chirurgies, avec le code NGAP, les tarifs pour chaque secteur et les majorations applicables :

	Code acte	Tarifs	
Les actes courants			
Consultation de base			
Consultation de base	G(S)	30,00	
Enfant J 8 Mg M24 (Remplir le carnet de santé)*	COE	60,00	
Enfant suivi risque obésité (3-12 ans, 2 fois/an)*/ ***	CSO	47,50	
Consultation contraception prévention (1 seule fois avant 26ans et anonymisable)***	CCP	47,50	
Acte ponctuel de consultant (sur envoi explicite du MTT)	APC	60,00	
Les actes avec majoration			
Acte coordonné (soins itératifs sur envoi MTT)	G(S)+MCG	35,00	
Suite d'hospitalisation pour pathologie chronique (1 fois dans le mois suivant la sortie)**	G(S)+MSH	53,00	
Suite d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (1 fois dans les 2 mois suivant la sortie)**	G(S)+MIC	53,00	
Consultation initiale d'information cancer ou patho.neurodégénérative ***	G(S)+MIS	60,00	
Consultation initiale d'information VIH***	G(S)+PIV	60,00	
Envoi en urgence au spécialiste (RDV sous 48h)*	G(S)+MUT	35,00	
MTT recevant en urgence son patient à la demande du centre de régulation*, **	G(S)+MRT	45,00	
Remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH***	MPH (converti en CCE)	60	
Consultation d'inscription MT d'un nouveau patient ALD	IMT	60	
Majoration pour acte adressé par le SAS au médecin non traitant	SNP	15	
Les soins de brûlures (nettoyage et pansement)			
Brûlure < 10 cm ² de surface	K9	17,28	
Brûlure < 10 cm ² face ou mains K9+½ K9 25,92	K9+½ K9	25,92	
Brûlure < 10% de la surface du corps	K16	39,72	
Brûlure < 10% de la surface du corps face ou mains	K16+½ K16	46,08	
Les actes de nuits et jours fériés hors régulation (urgences au cabinet)			
20h à 24h / 6h à 8h (appel après 19h, acte après 20h)	G(S)+MHP	35	
oh à 6h	G(S)+MM	70	
Télémédecine			
Téléconsultation (médecin traitant ou remplaçant)	TCG	25	
Téléconsultation médecin correspondant ou éloigné de la résidence habituelle (avec retour au MG traitant)	TCG+MCG	30	
L'électrocardiogramme			
Electrocardiogramme au cabinet	G(S)+DEQ P003	40,96	

* 100% RO ** Médecin traitant uniquement *** Anonymisation logiciel et/ou feuille papier. MIS et PIV deviennent MTX, CSO et CSE deviennent CCX et MPH devient CCE. Pour la téléconsultation (TCG), les majorations MEG, MUT, MRT sont applicables, ainsi que les majorations nuit (MN), nuit profonde (MM), dimanche et jours fériés (F).

2 - Actes techniques et spécialisés (CCAM)

Ce tableau regroupe les principaux actes courants réalisés en cabinet médical, avec le code CCAM :

Attention: les montants sont donnés à titre indicatif (des révisions tarifaires peuvent intervenir).			
Code acte	Tarifs	Majoration Applicable	
Sutures et petite chirurgie (cabinet, en urgence)			
Parage suture plâie superficielle de la face < 3 cm			
QAJA013 + M	59,17	P-S-F	
Parage / suture plâie superficielle de la face 3 à 10 cm	103,00	P-S-F	
QAJA005 + M	103,00	P-S-F	
Parage / suture plâie superficielle de la face > 10 cm	112,00	P-S-F	
QAJA002 + M	112,00	P-S-F	
Parage / suture plâie superficielle < 3 cm	53,50	P-S-F	
QZJA002 + M	53,50	P-S-F	
Parage / suture plâie superficielle de 3 à 10 cm	80,00	P-S-F	
QZJA017 + M	80,00	P-S-F	
Parage / suture plâie superficielle > 10 cm	89,00	P-S-F	
QZJA015 + M	89,00	P-S-F	
Incision ou excision d'un panaris superficiel	38,29	P-S-F	
MJPA010	38,29	P-S-F	
Excision d'une thrombose hémostoïdale	62,70	P-S-F	
EGFA007	62,70	P-S-F	
Infiltrations articulaires/nerveuses			
Infiltration articulation membre supérieur			
MZLB001	27,00	P-S-F	
Infiltration du nerf médian dans le canal carpien	30,14	P-S-F	
AHLB006	30,14	P-S-F	
Infiltration articulation vertébrale postérieure			
LHLB001	35,00	P-S-F	
Évacuation collection articulaire du membre inférieur	31,50	P-S-F	
NZLB001	31,50	P-S-F	
Gynécologie			
Pose / changement d'un DIU (stérilet)	JKLD001	38,40	P-S-F
Frotté cervico-utérin (par le MG)	G(S) + JKHD001	42,73	P-S-F
Détresse vitale			
Traitemen	YYYY010 + M	74,88	P-S-F
Dermatologie			
Exérèse d'un naevus ou tumeur maligne < 5cm ²			
QZFA036 + FSD	68,80	P-S-F	
QAGA003	47,50	P-S-F	
Traumatologie			
Ablation corps étranger superficiel (visage et main)			
MADP001 + M	68,68	P-S-F	
MEEP002 + M	66,58	P-S-F	
MEFP001	58,23	P-S-F	
Réduction orthopédique luxation scapulo-humérale			
MZMP001 + M	31,35	P-S-F	
MGMP001	58,23	P-S-F	
Réduction orthopédique pronation douloureuse coude			
Contention souple d'une articulation membre sup			
Contention de posture ou mobilisation poignet et/ou main			
Pneumologie			
Spirométrie standard avec enregistrement			
GLQP012	40,28		
GLQP007	145,92		
Neurologie			
Évaluation de dépression par l'échelle de Hamilton (1 fois par an)			
ALQP003	69,12		
Test d'évaluation d'un déficit cognitif			
ALQP006	69,12		
Séance de rééducation de la fonction vestibulaire labyrinthique			
CERP002	48,51		
Majorations Urgences			
Majoration : 20h à 24h			
P	35		
S	40		
Majoration : ooh à 08h			
F	19,06		
Majoration : dimanche ou jour férié			
M	26,88		
Majoration : urgence au cabinet			

III Optimisation de la cotation des actes : stratégies et outils

L'optimisation de la cotation des actes médicaux implique la mise en place de stratégies adaptées et l'utilisation efficace d'outils disponibles. Ceci nécessite une bonne gestion des majorations et des modificateurs, une compréhension précise des règles de cumul et l'utilisation de logiciels de cotation performants. En intégrant aussi sécuriser leur activité en respectant les exigences réglementaires.

1 - Les majorations et les modificateurs

Les **majorations** (pour les actes réalisés la nuit, en urgence ou les jours fériés) et les **modificateurs** (déplacements, consultations complexes, actes spécifiques) permettent d'ajuster les tarifs en fonction des conditions d'exercice. Par exemple, en cas de consultation à domicile ou de prise en charge en dehors des horaires habituels, le médecin peut appliquer des majorations qui augmentent la cotation de base.



Connaître les majorations possibles et s'assurer qu'elles sont appliquées à chaque situation spécifique permet de garantir une rémunération juste et conforme.

2 - Les cumuls d'actes

Il est possible, dans certains cas, de **coter plusieurs actes lors de la même consultation**, en respectant les règles de cumul spécifiques à la NGAP et la CCAM. Cependant, tous les actes ne sont pas cumulables et les règles à suivre diffèrent selon les systèmes de cotation.

Exemple

En médecine générale, une consultation simple peut être cumulée avec un acte technique comme un électrocardiogramme, à condition de respecter les règles spécifiques. Cependant, un acte ne peut être facturé qu'une seule fois même s'il est répété plusieurs fois au cours de la même séance.

Conseil

Bien vérifier la compatibilité des actes pour éviter des erreurs de facturation qui peuvent entraîner des refus de paiement ou des sanctions.

Différents cumuls possibles

<u>NGAP + CCAM</u>	<u>CCAM</u>
Les actes NGAP et CCAM sont cumulables dans 4 cas de figure :	Lorsqu'un médecin réalise dans le même temps deux actes cotés en CCAM, il doit mentionner un « code association » qui précise les modalités de tarification de chaque acte.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consultation/visite + électrocardiogramme ; ▪ Consultation ou visite + frottis ; ▪ Consultation ou visite + ½ biopsie ; ▪ Consultation ou visite + échographie biométrique ou morphologique. 	<p>Codes d'association :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Code 1 : l'acte est tarifé à 100 % ; ▪ Code 2 : l'acte est tarifé à 50 % ; ▪ Code 3 : l'acte est tarifé à 75 %.
<u>NGAP + actes non remboursables</u>	<u>Actes techniques médicaux (ATM)</u>
Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent (article 66 de la Convention médicale, voir fiche « actes non remboursables »).	<p>Les actes techniques médicaux peuvent s'associer, sauf mention expresse de la CCAM.</p> <p>Sur la feuille de soins, inscrire un acte par ligne. Le second acte est tarifé à 50 % de sa valeur. Mettre le code 1 en face du premier acte et le code 2 en face du second (colonne modificateur).</p>
<u>Actes de chirurgie (ADC)</u>	
Pour les actes de chirurgie, le second acte peut être coté à 75 % de sa valeur si les actes portent sur deux sites de localisation différents, soit :	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deux membres différents ; ▪ Le tronc et un membre ; ▪ La tête et un membre. 	
Sur la feuille de soins, mettre le code 1 en face du premier acte et le code 3 en face du second (colonne modificateurs). Dans les autres cas, le second acte est tarifé à 50 %.	
En cas de parage et/ou de suture de plaies multiples, additionner les longueurs des plaies traitées, par localisation (face, main ou hors face et main) et par type de plaies (superficielle ou profonde). Ainsi, pour une plaie superficielle de 3 cm du bras gauche et une autre de 8 cm de l'autre bras, il faut choisir l'acte CCAM « plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe ».	

Exemple d'autres possibilités de cumul

Cas de la radiographie pulmonaire avec la consultation pour les pneumologues :

Pour la CCAM, la règle générale est que, lorsque plusieurs actes techniques inscrits à la nomenclature sont effectués au cours de la même séance, sur un même malade et par le même praticien, le principe de cotation est le suivant :

- Acte le plus important à 100% de son coefficient = code 1
- 2ème acte à 50 % de son coefficient = code 2

Les actes suivants ne donnent pas lieu à honoraires et ne doivent pas figurer dans la facturation (le code 3, acte tarifié à 75 % concerne les actes de chirurgie (cas dérogatoire)).
(Article III-3 des dispositions générales de la CCAM).

3 - Optimisation grâce aux logiciels de cotation des actes

Les logiciels de facturation permettent d'automatiser la **gestion des actes, tarifs, majorations et modificateurs et de réduire le risque d'erreur**. Il est primordial de les maintenir à jour (mises à jour éditeur) afin d'intégrer les dernières évolutions réglementaires et conventionnelles : par exemple, la consultation de base portée à 30 € en décembre 2024, les nouveaux codes d'actes (rendez-vous de prévention, etc.) et les règles de cumul en vigueur.

Les avantages repérés sont :

- Calcul automatique des tarifs et intégration des majorations en fonction du patient.
- Respect des règles de cumul.
- Réduction du risque d'erreurs de facturation.
- Suivi détaillé des actes facturés.

4 – Formation continue et veille réglementaire

Une **formation régulière** est indispensable pour maîtriser les **nomenclatures NGAP/CCAM et les évolutions des règles de facturation**. Les médecins libéraux doivent se tenir informés des mises à jour, via les canaux officiels (Ameli, Journal Officiel, HAS...) et les ressources professionnelles (URPS, syndicats, etc.), et mettre à jour leurs connaissances pour s'assurer qu'ils appliquent les bonnes pratiques.

Pour se former sur la cotation plusieurs organismes proposent des formations agréées :

- CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie)
- URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé),
- ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu),
- Formations privées et syndicats professionnels de médecins.

Essentiel



Une cotation rigoureuse et actualisée garantit vos revenus et vous protège en cas de contrôle. Une facture optimisée passe par une connaissance approfondie des systèmes de cotation, des majorations et des outils disponibles. Pensez à consulter régulièrement Ameli et vos instances professionnelles pour rester à jour.

Pour obtenir une liste complète des actes et des mises à jour des nomenclatures, il est nécessaire de consulter directement la base de données officielle de la [CCAM](#) ou [NGAP](#) sur des plateformes comme [Ameli.fr](#)

Date de mise à jour : octobre 2025

Mots clés : #Tarification #NGAP #Honoraires #Consultation #Codage #Forfait #Classification #Convention #Remboursement #Spécialités

Sources :

- [Tarifs conventionnels des médecins généralistes et spécialistes - Améli](#)
- [Nomenclature générale des actes professionnels \(NAGP\) du 1er juillet 2025 - Améli](#)
- [Classification commune des actes médicaux \(CCAM\) en ligne - Améli](#)
- [Convention médicale 2024-Améli](#)
- [Annexes 1 à 24 convention médicale 2024-Améli](#)