

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)** qui concerne principalement les actes cliniques tels que les consultations, les soins courants et les actes non techniques.
- La **Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)** qui s'applique aux actes techniques comme les interventions chirurgicales, l'imagerie médicale ou les actes diagnostiques ou thérapeutiques.

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} est coté à 100 %, le second à 50 % et les suivants ne sont pas 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/spécialiste
Tarifs convention médicale (dont majoration) sans dépassements d'honoraires.

Secteur 2 OPTAM
Tarifs libres avec dépassement d'honoraires encadré

Secteur 2 NONOPTAM
Tarifs libres avec dépassement d'honoraires non encadré,

Secteur 3 - Hors convention
Généraliste/spécialiste - Honoraires libres avec remboursement patient minimal

NGAP
Nomenclature Générale Des Actes Professionnels

CCAM
Classification Commune des Actes Médicaux

- Caractéristiques des actes NGAP:**
- 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
 - Un code NGAP unique pour chaque acte qui n'a pas de limite stricte de caractères, ex: une consultation de base est codée (C)
 - Chaque acte peut être facturé séparément sauf exception.



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 DEQP003
 - Des règles de hiérarchisation s'appliquent lorsque plusieurs actes sont réalisés: le 1^{er} acte est facturé à 100%, le second à 50%, et les suivants non facturés

Le paramétrage optimal de votre logiciel est essentiel pour garantir une facturation rapide et conforme aux règles.

Penser au cumul des actes

Optimiser le paramétrage de votre logiciel de cotation des actes

Stratégies et outils clés pour optimiser la cotation des actes médicaux

Appliquer les majorations et modificateurs

Se former régulièrement

Les majorations (pour urgences, nuit, jours fériés) et les modificateurs (déplacements, consultations complexes, actes spécifiques) sont des leviers essentiels pour maximiser les tarifs.

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

2 - Bien remplir sa feuille de soins

Sur la même feuille de soins il peut y avoir sur des lignes différentes un code CCAM et une cotation NGAP uniquement dans les cas prévus par la réglementation (article III-3-A des Dispositions générales et dispositions diverses CCAM).

Exemple : consultation en NGAP et ECG codé en CCAM

ACTES EFFECTUES									
(si les actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable, indiquez la date de la demande : J J M M A A A A)									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS CNPSY V, VS VNPSY	autres actes (K, CsC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés ①	dépass.	frais de déplacement		
							I.D. M.D.	nbre	I.K. montant ③
04 10 2024	A			C	26 , 50				
04 10 2024	A	D Q P 0 0 3	1		14 , 26				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					40 , 76				

Code CCAM → D Q P 0 0 3

Activité 1 (Vous êtes l'effecteur médecin généraliste ou spécialité) → C

Code NGAP → C

Code de cumul d'actes → A

Une date par ligne → 04 10 2024

Un code par ligne Sur 7 caractères → D Q P 0 0 3

Inscrire les codes modificateurs jusqu'à 4 possibles → 1

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 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.

Le cumul acte clinique/technique est impossible sauf pour l'ECG.

Pour l'association d'actes techniques, le médecin code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée.

1. Règle générale

L'association de deux 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 second est tarifé à 50 % de sa valeur.

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 Supplément de charges en cabinet

Concerne certains actes faits en cabinet pour lesquels un supplément de charge peut être ajouté au montant de l'acte.

Ce code a été supprimé, remplacé par le forfait de sécurité dermatologique FSD.

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.

1 - Actes courants en médecine générale (NGAP)

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

	Code acte	Tarifs		
Les actes courants			Les brûlures (nettoyage et pansement)	
Consultation de base	G(S)	26,50	Brûlure < 10 cm ² de surface	K9 17,28
Bébé J 8 M9 M24 (Remplir le carnet de santé)*	COE	47,50	Brûlure < 10 cm ² face ou mains K9+½ K9	25,92
Enfant suivi risque obésité (3-12 ans. 2 fois/an)*/ ***	CSO	47,50	Brûlure < 10% de la surface du corps	K16 30,72
Consultation contraception prévention (1 seule fois avant 26ans et anonymisable)***	CCP	47,50	Brûlure < 10% de la surface du corps face ou mains	K16+ ½K16 46,08
Acte ponctuel de consultant (sur envoi explicite du MTT)	APC	56,50	Les actes de nuits et jours fériés non régulés (cabinet, actes urgents seulement)	
Les actes avec majoration			20h à 24h et 6h à 8h (appel après 19h, acte après 20h)	
Acte coordonné (soins itératifs sur envoi MTT)	G(S)+MCG	31,50	0h à 6h G(S)+MM	66,50
Suite d'hospitalisation pour pathologie chronique (1 fois dans le mois suivant la sortie)**	G(S)+MSH	49,50	Télémedecine	
Suite d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (1 fois dans les 2 mois suivant la sortie)**	G(S)+MIC	49,50	Téléconsultation	
Consultation initiale d'information cancer ou patho.neurodégénérative ***	G(S)+MIS	56,50	Téléconsultation médecin correspondant ou éloigné de la résidence habituelle (avec retour au MG traitant)	
Consultation initiale d'information VIH***	G(S)+PIV	56,50	TCG 25	
Envoi en urgence au spécialiste (RDV sous 48h)*	G(S)+MUT	31,50	TCG+MCG 30	
MTT recevant en urgence son patient à la demande du centre de régulation*, **	G(S)+MRT	41,50	L'électrocardiogramme	
Remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH***	MPH (converti en CCE)	60	Electrocardiogramme au cabinet	
Consultation d'inscription MT d'un nouveau patient ALD	IMT	60	G(S)+DEQ P003 40,76	
Majoration pour acte adressé par le SAS au médecin non traitant	SNP	15		

* 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 leur code NGAP :

	Code acte	Tarifs	Majoration Applicable	
Sutures et petite chirurgie				Dermatologie
Parage suture plaie superficielle de la face < 3 cm	QAJA013 + M	58,23	P-S-F	Exérèse d'un naevus ou tumeur maligne < 5cm2 QZFA036 + FSD 68,80 P-S-F
Parage / suture plaie superficielle de la face de 3 à 10 cm	QAJA005 + M	101,33	P-S-F	Ablation d'un corps étranger superficiel peau (visage et main) QAGA003 47,50 P-S-F
Parage / suture plaie superficielle de la face > 10 cm	QAJA002 + M	109,83	P-S-F	Traumatologie
Parage / suture plaie superficielle < 3 cm	QZJA002 + M	52,40	P-S-F	Contention orthopédique fracture clavicule MADP001 + M 68,68 P-S-F
Parage / suture plaie superficielle de 3 à 10 cm	QZJA017 + M	78,64	P-S-F	Réduction orthopédique luxation scapulo-humérale MEEP002 + M 66,58 P-S-F
Parage / suture plaie superficielle > 10 cm	QZJA015 + M	88,56	P-S-F	Réduction orthopédique pronation douloureuse coude MFEP001 58,23 P-S-F
Incision ou excision d'un panaris superficiel	MJPA010	38,29	P-S-F	Contention souple d'une articulation membre sup MZMP001 + M 31,35 P-S-F
Excision d'une thrombose hémorroïdaire	EGFA007	62,70	P-S-F	Attelle de posture ou mobilisation poignet et/ou main MGMP001 58,23 P-S-F
Infiltrations				Pneumologie
Infiltration articulation membre supérieur	MZLB001	26,13	P-S-F	Spirométrie standard avec enregistrement GLQP012 40,28
Infiltration du nerf médian dans le canal carpien	AHLB006	29,48	P-S-F	Polygraphie respiratoire nocturne GLQP007 145,92
Infiltration articulation vertébrale postérieure	LHLB001	34,17	P-S-F	Neurologie
Évacuation collection articulaire du membre inférieur	NZLB001	30,82	P-S-F	Évaluation de dépression par l'échelle de Hamilton (1 fois par an) ALQP003 69,12
Gynécologie				Test d'évaluation d'un déficit cognitif ALQP006 69,12
Pose / changement d'un DIU	JKLD001	38,40	P-S-F	Séance de rééducation de la fonction vestibulaire labirynthique CERP002 48,51
Frottis cervico-utérin	G(S) + JKHD001	38,96	P-S-F	Majorations Urgences
Détresse				Majoration : 20h à 24h P 35
Traitement de 1er recours nécessitant des actes techniques (perfusion, O ₂ , réanimation) et une présence prolongée	YYYY010 + M	74,88	P-S-F	Majoration : ooh à 08h S 40
				Majoration : dimanche ou jour férié F 19,06
				Majoration : urgence au cabinet M 26,88

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

<p><u>NGAP + CCAM</u></p> <p>Les actes NGAP et CCAM sont cumulables dans 4 cas de figure :</p> <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><u>CCAM</u></p> <p>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.</p> <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 %.
<p><u>NGAP + actes non remboursables</u></p> <p>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>	<p><u>Actes techniques médicaux (ATM)</u></p> <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>
<p><u>Actes de chirurgie (ADC)</u></p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Deux membres différents ; ▪ Le tronc et un membre ; ▪ La tête et un membre. <p>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 %.</p> <p>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 ».</p>	

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 tarifé 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 cotation** automatisent la gestion des tarifs, des actes, des majorations et des modificateurs. Ces outils facilitent la facturation en prenant en compte les particularités de chaque patient et les actes réalisés, tout en respectant les règles de cotation.

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 - La formation

La **formation régulière** est essentielle pour maîtriser les systèmes de cotation (NGAP et CCAM) et les évolutions des règles de facturation. Les médecins doivent régulièrement 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),
- Les URPS (Unions Régionales des Professionnels de Santé),
- ANDPC (Agence Nationale du Développement Professionnel Continu),
- Formations privées et syndicats professionnels de médecins.

Essentiel



Maîtriser la cotation des actes médicaux est essentiel pour garantir des revenus tout en respectant la réglementation. Une facture optimisée passe par une connaissance approfondie des systèmes de cotation, des majorations et des outils disponibles.

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 : Décembre 2024

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