

Médecin spécialiste en médecine générale, le chef d'orchestre du parcours de santé



Le syndicat de tous les spécialistes
en médecine générale

79, rue de Tocqueville, 75017 PARIS
Tél. 01 43 18 88 30 Fax. 01 43 18 88 31
lesgeneralistes@csmf.org
www.lesgeneralistes-csmf.org

Suivez nous sur  et 

Le guide de la cotation du spécialiste en médecine générale



3233

Service gratuit
prix appel

macsf.fr

ou 01 71 14 32 33

La MACSF
partenaire d'ASSUMED,
est au service des professionnels
de santé depuis plus de 80 ans.

ASSUMED

sopromed

TÉLÉCONSULTATIONS

Médecin généraliste ou spécialiste en médecine générale		Secteur 1 ou Secteur 2 OPTAM ou S2 sans OPTAM si respect des TO	Secteur 2 sans OPTAM si non application des TO
Téléconsultation du médecin traitant	De 0 à 6 ans	TCG (25€) + MEG (5€) = 30€	TC (23€) + MEG (5€) = 28€
	6 ans et plus	TCG = 25 €	TC = 23 €
Téléconsultation du médecin correspondant ou médecin éloigné de la résidence habituelle du patient, avec retour au médecin traitant dans les 2 cas	6 ans et plus	TCG (25€) + MCG (5€) = 30€	TC = 23 €

Les majorations (nuit, dimanche et jours fériés) sont identiques à celles du présentiel.

TÉLÉEXPERTISE

Médecin requérant : Forfait annuel

Dès le premier acte : 5 € pour un niveau 1 et 10 € pour le niveau 2 (plafond 500€/an/médecin).

Le 1^{er} paiement aura lieu en 2020 pour 2019. Le calcul du forfait est réalisé à partir des actes du médecin requis et affectés au médecin requérant, pour l'ensemble des patients pour lesquels il a sollicité une téléexpertise, à partir des données de facturation (le numéro AM du requérant doit être renseigné dans la FSE du médecin requis) ou dans la facture émise par l'établissement (lorsque le médecin requis y exerce).

Médecin requis :

- 12 € pour le niveau 1 (max 4/an/patient)
- 20 € pour le niveau 2 (max 2/an/patient)
- **Il est possible de cumuler pour un même patient les 2 niveaux pour des expertises distinctes dans la limite de 4 TE1 et 2 TE2/an/patient.**
- **Pas de dépassements d'honoraires possibles sur ces actes.**
Aucun cumul avec un autre acte ou avec majoration.

ASSUMED

44 000 adhérents
L'association leader et indépendante
en prévoyance au service des médecins.

ASSUMED
79, rue de Tocqueville - 75017 Paris
Tél. 01 55 65 05 60 - Fax. 01 55 65 10 79

ACTES COURANTS HORS PERMANENCE DE SOINS



Actes	Cotations et Valeurs
Consultation au cabinet	GS ou G = 25€ (C ou Cs en secteur 2 : 23€)
Consultation au cabinet enfant de 0 à 6 ans	GS ou G = 25€ + MEG 5€ = 30€ (C ou Cs en secteur 2 : 23€ sauf complémentaire santé solidaire)
Consultation nourrissons 8 ^{ème} jour, 9 ^{ème} et 24 ^{ème} mois avec remplissage du carnet de santé.	COE = 46€
Visite à domicile justifiée + IK si nécessaire ⁽¹⁾	VGS ou VG 25€ + MD 10€ = 35€
Visite à domicile justifiée enfant 0 à 6 ans + IK si nécessaire	VGS ou VG 25€ + MEG 5€ + MD 10€ = 40€
Indemnités kilométriques ⁽¹⁾	IK 0,61€ en plaine (0,91€ en montagne)
Visite à domicile non justifiée	VGS ou VG 25€ + DE (non plafonné - tact et mesure)
Entretien prénatal précoce du 1 ^{er} trimestre	C 2,5 soit 57,50€ (sous conditions titre XI, chapitre 2 NGAP)
Consultation ou Visite par le médecin traitant secteur 1, patient insuffisant cardiaque poly-pathologique, polymédicamenté après hospitalisation pour décompensation dans les deux mois suivant le séjour en hospitalisation ⁽²⁾	GS ou G 25€ + MIC (23€) = 48€
Consultation ou Visite pour le médecin traitant secteur 1. patient poly pathologique + altération de l'autonomie + suivi médical rapproché suite à hospitalisation avec coordination d'un intervenant paramédical dans le mois suivant le séjour en hospitalisation ⁽²⁾	VGS ou VG 25€ + MIC (23€) + MD (10€) = 58€
Consultation ou Visite pour le médecin traitant secteur 1. patient poly pathologique + altération de l'autonomie + suivi médical rapproché suite à hospitalisation avec coordination d'un intervenant paramédical dans le mois suivant le séjour en hospitalisation ⁽²⁾	GS OU G 25€ + MSH (23€) = 48€
Consultation visite EHPAD : MD facturable dans la limite de 3 majorations au cours d'un même déplacement	VGS ou VG 25€ + MD 10€ = 35€
Majoration pour acte coordonné du médecin généraliste pour soins itératifs (envoi par le médecin traitant)	GS ou G 25€ + MCG 5€ = 30€
Acte de consultant (envoi par médecin traitant + courrier en retour) applicable par les spécialistes en médecine générale	APC (ex C2) = 50€ , limité à une APC sur 4 mois et aux conditions
Majoration Urgence médecin traitant pour envoi au correspondant dans délai 48h maxi	GS ou G 25€ + MUT 5€ = 30€
Majoration Régulation médecin Traitant	GS ou G = 25€ + MRT 15€ = 40€
Visite en urgence le jour, quitter en urgence le cabinet, le jour de semaine	VGS OU VG 25€ + MU (22,60€) = 47,60€ (+IK si nécessaire)
Visite longue réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative ou soins palliatifs - ALD ou + 80 ans incapable de se déplacer - 1 ^{ère} V sur patient sans ou changeant MT	VL 60€ + MD 10€ = 70€ , trois fois par an (+IK si nécessaire)
Test d'évaluation d'une dépression ⁽³⁾	ALQP03 = 69,12€
Test d'évaluation d'un déficit cognitif ⁽³⁾	ALQP06 = 69,12€
Frottis vaginal	JKHD01 = 12,46€ (ne peut pas être codé avec la colposcopie (JLQE002))
Association de la consultation et du frottis vaginal	GS OU G 25€ + JKHD01 (12,46€) = 37,46€
Consultation initiale de contraception de 15 à 18 ans	CCP = 46€ NIR anonyme sur demande, dispense d'avance des frais
Consultation suivi de l'obésité de l'enfant de 3 à 12 ans	CSO = 46€ (2 fois par an) code de transmission CCX (respect anonymat)
Consultation annuelle de suivi, coordination, prise en charge enfant autiste	CSE = 46€ code transmission CCX
Consultation de repérage des troubles du spectre autistique 1 fois par patient	CTE = 60€ code de transmission CCE
Consultation information initiale cancer ou neuro dégénérative	GS ou G + MIS (30€) = 55€ code de transmission MTX (respect anonymat)

ACTES COURANTS HORS PERMANENCE DE SOINS

Actes	Cotations et Valeurs
Consultation information initiale VIH	GS ou G + PIV (30€) = 55€ code de transmission MTX (respect anonymat)
Association de la consultation et de la biopsie cutanée	GS OU G 25€ + 1/2 QZHA001 (10,28€) = 35,28€ (10 codes possibles suivant localisation)
Pose d'un dispositif intra-utérin	JKLD001 38,40€
Changement d'un dispositif intra-utérin	JKKD001 38,40€
Pose d'implant pharmacologique sous cutané	QZLA004 17,99€
Ablation ou changement d'implant pharmacologique sous-cutané	QZGA002 41,80€
Dépistage clinique ou audiométrique de la surdité avant 3 ans	CDRP002 48,51€

⁽¹⁾ Indemnités kilométriques (IK) : mode de calcul : abattement de 2kms aller + 2kms retour (en plaine) et 1km aller + 1km retour (en montagne) - ⁽²⁾ applicable une seule fois dans ces circonstances - ⁽³⁾ applicable une seule fois par an après une première cotation d'évaluation initiale

ACTES COURANTS HORS HEURES D'OUVERTURE ET/OU PDS

Actes	Cotations et Valeurs
Consultations (aux heures et jours indiqués)	
• Samedi après-midi pour les gardes régulières	GS ou G = 25€ + CRD (26,50€) = 51,50€
• Dimanche ou jour férié : - non régulée - régulée	GS ou G = 25€ + F (19,06€) = 44,06€ GS ou G = 25€ + CRD (26,50€) = 51,50€
• Nuit (20h à 24h et 6h à 8h) : - non régulée - régulée	GS ou G = 25€ + N (35€) = 60,00€ GS ou G = 25€ + CRN (42,5€) = 67,50€
• Nuit (0h à 6 h) : - non régulée - régulée	GS ou G = 25€ + MM (40€) = 65,00€ GS ou G = 25€ + CRM (51,50€) = 76,50€
* Majoration spécifique de samedi, lundi veille de JF et vendredi lendemain de JF garde régulée	GS ou G = 25€ + CRS (26,50€) = 51,50€
Visites à domicile justifiées (Ajouter les IK si nécessaire)*	
• Samedi après-midi pour les gardes régulières	VGS ou VG = 25€ + VRD (30€) = 55,00€
• Dimanche ou jour férié : - non régulée - régulée	VGS ou VG = 25€ + MDD (22,60€) = 47,60€ VGS ou VG = 25€ + VRD (30€) = 55,00€
• Nuit : 20h à 24h et 6h à 8h : - non régulée - régulée	VGS ou VG = 25€ + MDN (38,50€) = 63,50€ VGS ou VG = 25€ + VRN (46€) = 71,00€
• Nuit : 0h à 6h : - non régulée - régulée	VGS ou VG = 25€ + MDI (43,50€) = 68,50€ VGS ou VG = 25€ + VRM (59,50€) = 84,50€
* Majoration spécifique de samedi, lundi veille de JF et vendredi lendemain de JF garde régulée	VGS ou VG = 25€ + VRS (30€) = 55€
pour les enfants de 0 à 6 ans rajouter MEG 5€	

(*) I.K. Indemnités kilométriques : exemple : 5+5 km : 10 - (2+2) * 0,61 = 3,66 €

LES FORFAITS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE TRAITANT



Rénumération sur objectif de santé publique de l'adulte ROSP

29 indicateurs de pratique clinique (valeur du point 7€)

8 indicateurs Suivi des pathologies chroniques	220 points	1540€€
12 indicateurs Prévention	390 points	2730€
9 indicateurs Efficience	330 points	2310€
Maximum en cas d'atteinte des objectifs	940 points	6580€ €

Rénumération sur objectif de santé publique de l'enfant ROSP

10 indicateurs de pratique clinique (valeur du point 7€)

2 Suivi des pathologies chroniques	70 points	490€€
8 Prévention	235 points	1645€
Maximum en cas d'atteinte des objectifs	305 points	2135€ €

Forfait structure

	2019	2020	2021
Volet 1 (pré requis) : Equipement du cabinet	280 points 1960€	280 points 1960€	400 points 2800€
Volet 2 : Démarches et nouveaux modes d'organisation pour améliorer les services aux patients	455 points 3185€	605 points 4235€	485 points 3395€
Maximum en cas d'atteinte des objectifs	735 points 5145€	885 points 6195€	885 points 6195€

Forfait patientèle médecin traitant FPMT *

Enfant de 0 à 6 ans sans ALD	6€
Personnes de 6 à 79 ans sans ALD	5€
Patient en ALD < 80 ans	42€
Patient > 80 ans	42€
Patient > 80 ans en ALD	70€

Majoration personnes âgées MPA pour le suivi des patients de plus de 80 dont vous n'êtes pas le médecin traitant

MPA **5€**

* Une majoration est appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part des patients CMUC dans la patientèle du médecin.

Paieement des forfaits

FPMT	MPA	ROSP€	Forfait structure
1 ^{er} paiement : juin	1 ^{er} paiement : mai	Fin avril au titre de N - 1 pour la ROSP adulte	Fin mai au titre de N - 1
2 ^{ème} paiement : septembre	2 ^{ème} paiement : août		
3 ^{ème} paiement : novembre	3 ^{ème} paiement : novembre	Fin mai au titre de N - 1 pour la ROSP enfant	
4 ^{ème} paiement : fin mars N + 1	4 ^{ème} paiement : février N + 1		

ACTES AVEC ÉLECTROCARDIOGRAMME



Actes	Cotations et Valeurs
ECG au Cabinet	
Consultation avec ECG	GS ou G (25€) + DEQP003 (14,26€) = 39,26€
Consultation avec ECG le Dimanche	GS ou G (25€) + F (19,06€) + DEQP003 (14,26€) = 58,32€
Consultation avec ECG 20h à 24h et 6h à 8h	GS ou G (25€) + N (35€) + DEQP003 (14,26€) = 74,26€
Consultation avec ECG 0h à 6h	GS ou G (25€) + MM (40€) + DEQP003 (14,26€) = 79,26€
Consultation avec ECG le Dimanche, Samedi AM en garde régulée	GS ou G (25€) + CRD (26,50€) + DEQP003 (14,26€) = 65,76€
Consultation avec ECG 20h à 24h et 6h à 8h en garde régulée	GS ou G (25€) + CRN (42,50€) + DEQP003 (14,26€) = 81,76€
Consultation avec ECG 0h à 6h en garde régulée	GS ou G (25€) + CRM (51,50€) + DEQP003 (14,26€) = 90,76€
Consultation avec ECG le samedi, lundi veille de JF, et vendredi lendemain de JF en garde régulée	GS ou G (25€) + CRS (26,50€) + DEQP003 (14,26€) = 65,76€
ECG à domicile - ajouter IK si nécessaire	
Visite avec ECG	VGS ou VG (25€) + MD (10€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490* (9,60€) = 58,86€
Visite avec ECG le Dimanche	VGS ou VG (25€) + MDD (22,60€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490 (9,60€) = 71,46€
Visite avec ECG 20h à 24h et 6h à 8h	VGS ou VG (25€) + MDN (38,50€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490 (9,60€) = 87,36€
Visite avec ECG 0h à 6h	VGS ou VG (25€) + MDI (43,50€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490 (9,60€) = 92,36€
Visite avec ECG le Dimanche, Samedi AM en garde régulée	VGS ou VG (25€) + VRD (30€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490 (9,60€) = 78,86€
Visite avec ECG 20h à 24h et 6h à 8h en garde régulée	VGS ou VG (25€) + VRN (46€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490 (9,60€) = 94,86€
Visite avec ECG 0h à 6h en garde régulée	VGS ou VG (25€) + VRM (59,50€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490 (9,60€) = 108,36€
Visite avec ECG le samedi, lundi veille de JF, et vendredi lendemain de JF en garde régulée	VGS ou VG (25€) + VRS (30€) + DEQP003 (14,26€) + YYYY490 (9,60€) = 78,86€

*code YYYY490 = supplément taux plein pour ECG au domicile du patient



3233 Service gratuit + prix appel

macsf.fr

ou 01 71 14 32 33

EXAMENS OBLIGATOIRES DE L'ENFANT en libéral ou centre de santé

Examen obligatoire de l'enfant

(Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant)

	Âge de l'enfant		Facturation	Risque
	0 à 8 jours	8 jours à 12 jours		
1°. Dans les huit jours qui suivent la naissance	0 à 8 jours	8 jours à 12 jours	COE (46 €)	Maternité
		13 jours ou 14 jours	G+ MEG (30 €)	
2°. Au cours de la deuxième semaine				
3°. Avant la fin du premier mois		de 2 semaines à 1 mois		
4°. Au cours du deuxième mois		1 mois		
5°. Au cours du troisième mois		2 mois	COD (30 €)	
6°. Au cours du quatrième mois		3 mois		
7°. Au cours du cinquième mois		4 mois		
8°. Au cours du sixième mois		5 mois		
9°. Au cours du neuvième mois		8 mois	COE (46 €)	Maladie
			tolérance facturation à l'âge de 8 et 9 mois	
10°. Au cours du douzième mois		11 mois		
11°. Au cours du treizième mois		12 mois	COD (30 €)	
12°. Entre seize et dix-huit mois		16, 17 ou 18 mois		
13°. Au cours du vingt quatrième ou du vingt cinquième mois		23 ou 24 mois	COE (46 €)	
14°. Au cours de la troisième année		2 ans		
15°. Au cours de la quatrième année		3 ans		
16°. Au cours de la cinquième année		4 ans	COD (30 €)	
17°. Au cours de la sixième année		5 ans		
18°. Entre 8 et 9 ans		8-9 ans		
19°. Entre 11 et 13 ans		11-13 ans	COB (25 €)	
20°. Entre 15 et 16 ans		15-16 ans		

Facturation en tiers-payant

- Feuille de Soins Electronique : le professionnel positionne au niveau de son logiciel, le tiers payant // - Feuille de Soins Papier : le professionnel indique « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire »

ACTES D'URGENCE

Actes d'urgence au cabinet^(*) sur liste de 66 actes CCAM

exemple détresse au cabinet YYYYY010(3) + M⁽¹⁾ (48 + 26,88) = **74,88€**

Actes d'urgence hors du cabinet^(**)

exemple détresse hors du cabinet^(*) YYYYY010 + ID (48+3,5) = **51,50€**

si quitter en urgence le cabinet le jour de semaine YYYYY010 + MU(2) (48+22,60) = **70,60€**

***Ajouter les modificateurs d'urgence CCAM : P (20 à 24h = 35€) ou S (0h à 8h = 40€) pour la nuit, F pour dimanche et jour férié (19,06€).**

****** Ajouter les IK si nécessaire, pas d'ID ni P,S,F

⁽¹⁾ **M** (ex K 14 ou MSU) pour une liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet.

⁽²⁾ **MU** : majoration d'urgence pour actes hors cabinet le jour de semaine

⁽³⁾ **YYYY010** : Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : détresse respiratoire ; détresse cardiaque ; détresse d'origine allergique ; état aigu d'agitation ; état de mal comitial ; détresse d'origine traumatique.

L'ECG (DEQP003) 14,26€, peut être ajouté au YYYYY010 mais à diviser par 2 (code association 2).
Si ECG à domicile, ajouter au taux plein YYYYY490 (9,60€).

BRÛLURES ET ACTES DIVERS

Actes	Cotations et Valeurs
Brûlure de moins de 10 cm ² (NGAP)	K9 = 17,28€
Brûlure de moins de 10 cm ² sur la face ou les mains (NGAP)	K9 + K9/2 = 25,92€
Ablation uni ou bilatérale de bouchons de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe (ne peuvent pas être codés avec cet acte les audiometries CDQP002 et CDQP015)	CAGD001 = 19,25€
Exèrèse tangentielle de 1 à 20 mollusum contagiosum	QZFA010 = 23,50€
Exèrèse tangentielle de 21 mollusum contagiosum ou plus	QZFA015 = 36,31€
Exèrèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées (hors mollusum)	QZFA028 = 29,19€



VIE PROFESSIONNELLE

“Une mutuelle d'assurance créée par et pour les professionnels de santé... ça change quoi ?,”

NOUS VOUS ASSURONS DES GARANTIES ADAPTÉES À VOTRE PROFESSION.

Nous agissons toujours dans votre intérêt.

3233

Service gratuit
prix appel

macsf.fr



SUTURES ET PETITE CHIRURGIE

Cotation	Acte	Valeur
GABD002	Tamponnement nasal antérieur ⁽²⁾	27,72€ + M' (26,88€) = 54,60€
QAJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm de grand axe ⁽²⁾	82,95€ + M' (26,88€) = 109,83€
QAJA004	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe ⁽²⁾	62,70€ + M' (26,88€) = 89,58€
QAJA005	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe ⁽²⁾	74,45€ + M' (26,88€) = 101,33€
QAJA006	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe ⁽²⁾	95,01€ + M' (26,88€) = 121,89€
QAJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe ⁽²⁾	120,53€ + M' (26,88€) = 147,41€
QAJA013	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe ⁽²⁾	31,35€ + M' (26,88€) = 58,23€
QCAJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main ⁽²⁾	62,70€ + M' (26,88€) = 89,58€
QZJA001	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main ⁽²⁾	85,08€ + M' (26,88€) = 111,96€
QZJA002	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face ⁽²⁾	25,52€ + M' (26,88€) = 52,40€
QZJA012	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main ⁽²⁾	61,68€ + M' (26,88€) = 88,56€
QZJA015	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face ⁽²⁾	61,68€ + M' (26,88€) = 88,56€
QZJA016	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main ⁽²⁾	48,92€ + M' (26,88€) = 75,80€
QZJA017	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face ⁽²⁾	51,76€ + M' (26,88€) = 78,64€
QZJA021	Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales ⁽²⁾	141,80 + M' (26,88€) = 168,68€
QZJA022	Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale ⁽²⁾	80,83€ + M' (26,88€) = 107,71€
GAGD002	Ablation de corps étranger de la cavité nasale ⁽²⁾	35,42€
QAGA002	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage et/ou des mains ⁽²⁾	75,86€
QAGA003	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains ⁽²⁾	47,50€
QZGA004	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau en dehors du visage et des mains ⁽²⁾	38,29€
QZGA007	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau en dehors du visage et des mains ⁽²⁾	67,36€
MJPA010	Incision ou excision d'un parafix ⁽²⁾	38,29€
EGFA007	Excision ou excision d'une thrombose hémorroïdaire ⁽²⁾	62,70€

***M = pour une liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM pour l'utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet**

Pour les actes de suture, l'utilisation du modificateur M sera possible à domicile (modification en cours)

⁽²⁾ Modificateurs d'urgence applicables suivant circonstances : P (20 à 24h = 35€) ou S (0h à 8h = 40€) pour la nuit, F pour dimanche et jour férié (19,06€)

CONTENTION

Cotation	Acte	Valeur
MADP001	Contention orthopédique de fracture de la clavicule uni ou bilatérale	41,80€ + M (26,88€) = 68,68€ ^{(1) (2)}
MZMP001	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur	31,35€ + M*(26,88€) = 58,23€ ^{(1) (2)}
MZMP004	Confection d'un appareil rigide au poignet et/ou à la main pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	29,07€ + M*(26,88€) = 55,95€ ^{(1) (2)}
MZMP006	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de l'avant-bras, du poignet et/ou de la main ne prenant pas le coude	26,23€ + M*(26,88€) = 53,11€ ^{(1) (2)}
MZMP013	Confection d'un appareil rigide antébrachiopalmaire pour immobilisation initiale de fracture du membre supérieur, sans réduction	34,03€ + M*(26,88€) = 60,91€ ^{(1) (2)}
NFMP001	Confection d'une contention souple du genou	41,80€ + M*(26,88€) = 68,68€ ^{(1) (2)}
NGMP001	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée	20,90€ + M*(26,88€) = 47,78€ ^{(1) (2)}
NZMP003	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou	27,57€ + M*(26,88€) = 54,45€ ^{(1) (2)}
NZMP006	Confection d'un appareil rigide fémorocrural [fémorojambier] ou fémoropédieux pour immobilisation initiale de fracture du membre inférieur, sans réduction	42,54€ + M*(26,88€) = 69,42€
NZMP007	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation du membre inférieur prenant le genou	35,45€ + M*(26,88€) = 62,33€ ^{(1) (2)}

* **M = modificateur** pour une liste limitative de 66 actes inscrite à la CCAM utilisation de matériel à usage unique si nécessaire au cabinet.

⁽¹⁾ Acte accompagné de la note de facturation suivante : "Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée".

⁽²⁾ Modificateurs d'urgence applicables suivant les circonstances : P (20 à 24H = 35€) ou S (0 à 8H = 40€) ou F dimanche et jour férié (19,06€)

INFILTRATIONS

Cotation	Acte	Valeur
MZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	26,13€ ⁽³⁾
NZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	30,82€ ⁽³⁾
NZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	60,30€ ⁽²⁾
MZJB001	Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	83,60€ ⁽²⁾
AHLB006	Infiltration du nerf median dans le canal carpien	29,48€
LHLB001	Infiltration articulation vertébrale postérieure	34,17€

⁽³⁾ ne peut pas être facturé pour l'injection d'acide hyaluronique