

Contenu

1	Principes d'utilisation de la base CCAM	3
2	Les contextes Professionnels de Santé.....	3
2.1	Les médecins secteur 1 adhérents	5
2.2	Les médecins secteur 1 non-adhérents.....	6
2.3	Les médecins secteur 1DP non-adhérents	7
2.4	Les médecins secteur 1DP adhérents.....	8
2.5	Les médecins secteur 1 OC avec ou sans DP	9
2.6	Les médecins secteur 2 non-adhérents.....	10
2.7	Les médecins secteur 2 adhérents	11
2.8	Les médecins secteur 2 OC.....	12
2.9	Les médecins non conventionnés	13
2.10	Les chirurgiens-dentistes conventionnés	14
2.11	Les chirurgiens-dentistes non conventionnés.....	15
2.12	Les sages-femmes conventionnées.....	16
2.13	Les sages-femmes non conventionnées.....	17
3	Les contextes bénéficiaires	18
4	Les grilles tarifaires présentes en base CCAM.....	18
4.1	Grille « Secteur 1 / adhérent »	18
4.2	Grille « Hors secteur 1 / hors adhérent ».....	18
4.3	Grille « 03 : Spé chir et gynéco-obst, s1 / s1 OPTAM / s1 OPTAMCO / s2-1DP OPTAMCO » 18	
4.4	Grille « 04 : Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP »	18
4.5	Grille « 05 : Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP OPTAM »	18
4.6	Grille « 06 : Spé chir et gynéco-obst, non conventionné »	18
4.7	Grille « 07 : Anesthésistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM ».....	18
4.8	Grille « 08 : Anesthésistes, s2-1DP / non conventionné »	19
4.9	Grille « 09 : Généralistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM ».....	19
4.10	Grille « 10 : Généralistes, s2-1DP / non conventionné »	19
4.11	Grille « 11 : Pédiatres, s1 / s1-1DP-2 OPTAM ».....	19
4.12	Grille « 12 : Pédiatres, s2-1DP / non conventionné »	19
4.13	Grille « 13 : Chirurgiens-dentistes »	19
4.14	Grille « 14 : Autres spécialités médicales, s2-1DP / non conventionné »	19

4.15	Grille « 15 : Sages-femmes »	19
4.16	Grille « 16 : Autres spécialités médicales, s1 / s1-1DP-2 OPTAM »	19

1 Principes d'utilisation de la base CCAM

La base CCAM permet de déterminer notamment les tarifs des actes, les modificateurs autorisés, la valorisation des modificateurs... à partir de 3 informations indispensables :

1. **Le contexte du Professionnel de Santé (PS)** déterminé par sa spécialité et sa relation conventionnelle avec l'Assurance Maladie,
2. **Le contexte du Bénéficiaire**, notamment s'il peut bénéficier d'un parcours adapté,
3. **La date des soins**

L'association de ces 3 informations vous permet de définir la « grille tarifaire » adaptée à la situation de facturation.

Ces associations sont définies dans :

- La « TB22 » pour le format 'dbf',
- Enregistrements type « 022 » pour le format 'NX'

Les nouveaux contextes sont mis en place avec la mise en œuvre des contrats OPTAM et OPTAM-CO, c'est-à-dire au **1^{er} janvier 2017**.

Les nouvelles grilles tarifaires sont mises en place avec la mise en œuvre des revalorisations différenciées de modificateurs et la création du modificateur 'O', c'est-à-dire au **1^{er} janvier 2018**.

2 Les contextes Professionnels de Santé

- 1 : secteur 1 adhérent, Toutes specialites medicales
- 2 : secteur 1, Toutes specialites medicales
- 3 : secteur 1 OC avec ou sans DP, Toutes specialites medicales
- 4 : secteur 1DP adhérent, Toutes specialites medicales
- 5 : secteur 1DP, Toutes specialites medicales
- 6 : secteur 2 OC, Toutes specialites medicales
- 7 : secteur 2 adhérent, Toutes specialites medicales
- 8 : secteur 2 ,Toutes specialites medicales
- 9 : non conventionné, Toutes specialites medicales
- 10 : conventionné, Chirurgiens dentistes
- 11 : non conventionné, Chirurgiens dentistes
- 12 : conventionné, Sage-Femme
- 13 : non conventionné, Sage-Femme
- 14 : secteur 1 OPTAM-CO, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 15 : secteur 1 DP OPTAM-CO, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 16 : secteur 2 OPTAM-CO, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 17 : secteur 1 OPTAM, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 18 : secteur 1 OPTAM, anesthésistes
- 19 : secteur 1 OPTAM, pédiatres
- 20 : secteur 1 OPTAM, généralistes
- 21 : secteur 1 OPTAM, autres specialites medicales
- 22 : secteur 1DP OPTAM, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 23 : secteur 1DP OPTAM, anesthésistes
- 24 : secteur 1DP OPTAM, pédiatres
- 25 : secteur 1DP OPTAM, généralistes
- 26 : secteur 1DP OPTAM, autres specialites medicales
- 27 : secteur 2 OPTAM, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 28 : secteur 2 OPTAM, anesthésistes
- 29 : secteur 2 OPTAM, pédiatres
- 30 : secteur 2 OPTAM, généralistes

- 31 : secteur 2 OPTAM, autres specialites medicales
- 32 : secteur 1, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 33 : secteur 1, anesthésistes
- 34 : secteur 1, pédiatres
- 35 : secteur 1, généralistes
- 36 : secteur 1, autres specialites medicales
- 37 : secteur 1DP, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 38 : secteur 1DP, anesthésistes
- 39 : secteur 1DP, pédiatres
- 40 : secteur 1DP, généralistes
- 41 : secteur 1DP, autres specialites medicales
- 42 : secteur 2, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 43 : secteur 2, anesthésistes
- 44 : secteur 2, pédiatres
- 45 : secteur 2, généralistes
- 46 : secteur 2, autres specialites medicales
- 47 : non conventionné, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique
- 48 : non conventionné, anesthésistes
- 49 : non conventionné, pédiatres
- 50 : non conventionné, généralistes
- 51 : non conventionné, autres specialites medicales

2.1 Les médecins secteur 1 adhérents

2.1.1 Description de la population ciblée

En principe, les médecins de secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale sans dépassements d'honoraires (dits tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1). Ce secteur d'exercice est défini à l'article 34 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (texte disponible sur ameli.fr rubrique professionnels de santé/médecin/votre convention).

Toutefois, par dérogation, certains médecins exerçant en secteur 1 peuvent adhérer à un contrat (OPTAM ou OPTAM-CO) et peuvent dans ce cadre pratiquer des dépassements d'honoraires. Il s'agit de médecins installés dans le secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013 et qui disposent de titres hospitaliers ouvrant droit à l'accès au secteur 2 (secteur d'exercice permettant la pratique de dépassements d'honoraires) – Articles 40 et 49 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Dans le cadre d'un contrat qu'ils souscrivent, ces médecins ont la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires dans la limite du taux fixé dans ledit contrat. Ces médecins doivent pratiquer également un pourcentage minimal d'activité sans aucun dépassement d'honoraires (taux minimal d'activité réalisée à tarif opposable fixé dans le contrat).

Ce taux plafond de dépassements d'honoraires autorisé et le taux minimal requis d'activité réalisée à tarif opposable sont fixés au regard des taux constatés chez les confrères de ces médecins de la même spécialité installés en secteur 2 dans la même région.

L'Assurance Maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables aux médecins de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

L'information selon laquelle un médecin de secteur 1 est adhérent à un contrat figure sur l'annuaire santé à partir de juillet 2017.

2.1.2 Utilisation des contextes selon la période

Pour les dates de soins postérieures au 31/12/2016, la spécialité du PS devient nécessaire à la détermination de la grille tarifaire. Le contexte PS « 1 » ne suffit plus.

	2016	2017	2018
Contexte PS	1 : secteur 1 adhérent, Toutes spécialités médicales	14 : secteur 1 OPTAM-CO, spécialités de chirurgie et gynéco-obstétrique 17 : secteur 1 OPTAM, spécialités de chirurgie et gynéco-obstétrique 18 : secteur 1 OPTAM, anesthésistes 19 : secteur 1 OPTAM, pédiatres 20 : secteur 1 OPTAM, généralistes 21 : secteur 1 OPTAM, autres spécialités médicales	
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	1 : Tarifs secteur 1 et adhérents, toute spécialité médicale et sage-femme	3 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s1 / s1 OPTAM / s1 OPTAMCO / s2-1DP OPTAMCO 7 : Tarifs Anesthésistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 9 : Tarifs Généralistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 11 : Tarifs Pédiatres, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 16 : Tarifs Autres spécialités médicales, s1 /	

		s1-1DP-2 OPTAM
--	--	----------------

2.2 Les médecins secteur 1 non-adhérents

2.2.1 Description de la population ciblée

Les médecins de secteur 1 appliquent les tarifs fixés dans la convention médicale sans dépassements d'honoraires (dits tarifs conventionnels, opposables ou de secteur 1). Ce secteur d'exercice est défini à l'article 34 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (texte disponible sur ameli.fr rubrique professionnels de santé/médecin/votre convention).

Ces tarifs servent de base au remboursement de l'Assurance Maladie. Des dépassements d'honoraires ne peuvent être facturés qu'à titre exceptionnel par ces médecins, pour des motifs liés, par exemple à des exigences de temps ou de lieu du patient (DE – article 42.1 de la convention médicale du 26 juillet 2011). Le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

L'information selon laquelle un médecin exerce en secteur 1 figure sur l'annuaire santé.

2.2.2 Utilisation des contextes selon la période

Pour les dates de soins postérieures au 31/12/2016, la spécialité du PS devient nécessaire à la détermination de la grille tarifaire. Le contexte PS « 2 » ne suffit plus.

	2016	2017	2018
Contexte PS	2 : secteur 1, Toutes specialites medicales	32 : secteur 1, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique 33 : secteur 1, anesthésistes 34 : secteur 1, pédiatres 35 : secteur 1, généralistes 36 : secteur 1, autres specialites medicales	
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	1 : Tarifs secteur 1 et adhérents, toute spécialité médicale et sage-femme	3 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s1 / s1 OPTAM / s1 OPTAMCO / s2-1DP OPTAMCO 7 : Tarifs Anesthésistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 9 : Tarifs Généralistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 11 : Tarifs Pédiatres, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 16 : Tarifs Autres spécialités médicales, s1 / s1-1DP-2 OPTAM	

2.3 Les médecins secteur 1DP non-adhérents

2.3.1 Description de la population ciblée

Certains médecins, bien qu'en secteur 1 (cf. rubrique supra), bénéficient d'un droit permanent à dépassement lié à la reconnaissance de leur pratique (Secteur à droit à dépassement permanent (DP)) Ce secteur d'exercice est défini à l'article 35.2 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (texte disponible sur ameli.fr rubrique professionnels de santé/médecin/votre convention).

Ces praticiens fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements avec tact et mesure.

L'Assurance Maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables aux médecins de secteur 2), le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

L'information selon laquelle un médecin exerce en secteur 1 DP figure sur l'annuaire santé.

2.3.2 Utilisation des contextes selon la période

Pour les dates de soins postérieures au 31/12/2016, la spécialité du PS devient nécessaire à la détermination de la grille tarifaire. Le contexte PS « 5 » ne suffit plus.

	2016	2017	2018
Contexte PS	5 : secteur 1DP, Toutes specialites medicales	37 : secteur 1DP, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique 38 : secteur 1DP, anesthésistes 39 : secteur 1DP, pédiatres 40 : secteur 1DP, généralistes 41 : secteur 1DP, autres specialites medicales	
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	2 : Tarifs secteur 1 Dépassement Permanent, secteur 2 et non conventionné, toute spécialité médicale et dentistes	4 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP 8 : Tarifs Anesthésistes, s2-1DP / non conventionné 10 : Tarifs Généralistes, s2-1DP / non conventionné 12 : Tarifs Pédiatres, s2-1DP / non conventionné 14 : Tarifs Autres spécialités médicales, s2-1DP / non conventionné	

2.4 Les médecins secteur 1DP adhérents

2.4.1 Description de la population ciblée

Certains médecins, bien qu'en secteur 1 (cf rubrique secteur 1), bénéficient d'un droit permanent à dépassement lié à la reconnaissance de leur pratique (Secteur à droit à dépassement permanent (DP). Ce secteur d'exercice est défini à l'article 35.2 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (texte disponible sur ameli.fr rubrique professionnels de santé/médecin/votre convention).

En principe, ces praticiens fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements avec tact et mesure.

Ces médecins peuvent toutefois choisir d'adhérer à un contrat (OPTAM ou OPTAM-CO) – Articles 40 et 49 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Dans le cadre du contrat qu'ils souscrivent, ces médecins ont la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires dans la limite du taux fixé dans ledit contrat. Ces médecins doivent pratiquer également un pourcentage minimal d'activité sans aucun dépassement d'honoraires (taux minimal d'activité réalisée à tarif opposable fixé dans le contrat).

Ce taux plafond de dépassements d'honoraires autorisé et le taux minimal requis d'activité réalisée à tarif opposable sont fixés au regard de leur pratique tarifaire constatée entre 2013 et 2015.

L'Assurance Maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables aux médecins de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

L'information selon laquelle un médecin exerce en secteur 1 DP et est adhérent à un contrat figure sur l'annuaire santé à partir de juillet 2017.

2.4.2 Utilisation des contextes selon la période

Pour les dates de soins postérieures au 31/12/2016, la spécialité du PS devient nécessaire à la détermination de la grille tarifaire. Le contexte PS « 4 » ne suffit plus.

	2016	2017	2018
Contexte PS	4 : secteur 1DP adhérent, Toutes spécialités médicales	15 : secteur 1 DP OPTAM-CO, spécialités de chirurgie et gynéco-obstétrique 22 : secteur 1DP OPTAM, spécialités de chirurgie et gynéco-obstétrique 23 : secteur 1DP OPTAM, anesthésistes 24 : secteur 1DP OPTAM, pédiatres 25 : secteur 1DP OPTAM, généralistes 26 : secteur 1DP OPTAM, autres spécialités médicales	
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	1 : Tarifs secteur 1 et adhérents, toute spécialité médicale et sage-femme		3 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s1 / s1 OPTAM / s1 OPTAMCO / s2-1DP OPTAMCO 5 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP OPTAM 7 : Tarifs Anesthésistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 9 : Tarifs Généralistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM

		11 : Tarifs Pédiatres, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 16 : Tarifs Autres spécialités médicales, s1 / s1-1DP-2 OPTAM
--	--	---

2.5 Les médecins secteur 1 OC avec ou sans DP

Le contexte PS « 3 : secteur 1 OC avec ou sans DP, Toutes specialites medicales » n'est plus utilisable depuis le 1^{er} décembre 2014.

2.5.1 Description de la population ciblée

Certains médecins, bien qu'en secteur 1 (cf rubrique secteur 1), bénéficient d'un droit permanent à dépassement lié à la reconnaissance de leur pratique (Secteur à droit à dépassement permanent (DP). Ce secteur d'exercice est défini à l'article 35.2 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (texte disponible sur ameli.fr rubrique professionnels de santé/médecin/votre convention).

En principe, ces praticiens fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements avec tact et mesure.

Ces médecins ont pu toutefois choisir d'adhérer par le passé à l'option de coordination. Cette option conventionnelle a été abrogée le 1^{er} décembre 2013 avec l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins. Elle était définie à l'article 36 et suivants de la convention médicale du 26 juillet 2011 dans sa rédaction antérieure à l'avenant 8 à la convention médicale signée le 25 octobre 2012).

Les médecins qui souscrivaient à l'option de coordination (qui n'existe donc plus depuis le 1^{er} décembre 2013) s'engageaient à appliquer les tarifs conventionnels (tarifs de secteur 1) pour les actes cliniques (ex consultations) et à pratiquer des dépassements maîtrisés (20% maximum des tarifs opposables) pour les actes techniques.

L'Assurance Maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables aux médecins de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

2.6 Les médecins secteur 2 non-adhérents

2.6.1 Description de la population ciblée

Les médecins exerçant en secteur à honoraires différents dit secteur 2 fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Ce secteur d'exercice est défini à l'article 35.1 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (texte disponible sur ameli.fr rubrique professionnels de santé/médecin/votre convention).

L'Assurance Maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables aux médecins de secteur 2), le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

L'information selon laquelle un médecin exerce en secteur 2 figure sur l'annuaire santé.

2.6.2 Utilisation des contextes selon la période

Pour les dates de soins postérieures au 31/12/2016, la spécialité du PS devient nécessaire à la détermination de la grille tarifaire. Le contexte PS « 8 » ne suffit plus.

	2016	2017	2018
Contexte PS	8 : secteur 2 ,Toutes specialites medicales	42 : secteur 2, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique 43 : secteur 2, anesthésistes 44 : secteur 2, pédiatres 45 : secteur 2, généralistes 46 : secteur 2, autres specialites medicales	
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	2 : Tarifs secteur 1 Dépassement Permanent, secteur 2 et non conventionné, toute spécialité médicale et dentistes		4 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP 8 : Tarifs Anesthésistes, s2-1DP / non conventionné 10 : Tarifs Généralistes, s2-1DP / non conventionné 12 : Tarifs Pédiatres, s2-1DP / non conventionné 14 : Tarifs Autres spécialités médicales, s2-1DP / non conventionné

2.7 Les médecins secteur 2 adhérents

2.7.1 Description de la population ciblée

Les médecins exerçant en secteur à honoraires différents dit secteur 2 fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure.

En principe, ces praticiens fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements avec tact et mesure.

Ces médecins peuvent toutefois choisir d'adhérer à un contrat (OPTAM ou OPTAM-CO) – Articles 40 et 49 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

Dans le cadre du contrat qu'ils souscrivent, ces médecins ont la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires dans la limite du taux fixé dans ledit contrat. Ces médecins doivent pratiquer également un pourcentage minimal d'activité sans aucun dépassement d'honoraires (taux minimal d'activité réalisée à tarif opposable fixé dans le contrat).

Ce taux plafond de dépassements d'honoraires autorisé et le taux minimal requis d'activité réalisée à tarif opposable sont fixés au regard de leur pratique tarifaire constatée entre 2013 et 2015. Pour les médecins n'ayant pas une activité sur cette période complète, ce taux plafond de dépassements d'honoraires autorisé et le taux minimal requis d'activité réalisée à tarif opposable sont fixés au regard des taux constatés chez les confrères de ces médecins de la même spécialité installés en secteur 2 dans la même région.

L'Assurance Maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables aux médecins de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

L'information selon laquelle un médecin exerce en secteur 2 et est adhérent au contrat d'accès aux soins figure sur l'annuaire santé à partir de juillet 2017.

2.7.2 Utilisation des contextes selon la période

Pour les dates de soins postérieures au 31/12/2016, la spécialité du PS devient nécessaire à la détermination de la grille tarifaire. Le contexte PS « 7 » ne suffit plus.

	2016	2017	2018
Contexte PS	7 : secteur 2 adhérent, Toutes spécialités médicales	16 : secteur 2 OPTAM-CO, spécialités de chirurgie et gynéco-obstétrique 27 : secteur 2 OPTAM, spécialités de chirurgie et gynéco-obstétrique 28 : secteur 2 OPTAM, anesthésistes 29 : secteur 2 OPTAM, pédiatres 30 : secteur 2 OPTAM, généralistes 31 : secteur 2 OPTAM, autres spécialités médicales	
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	1 : Tarifs secteur 1 et adhérents, toute spécialité médicale et sage-femme		3 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s1 / s1 OPTAM / s1 OPTAMCO / s2-1DP OPTAMCO 5 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP OPTAM 7 : Tarifs Anesthésistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 9 : Tarifs Généralistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM

		11 : Tarifs Pédiatres, s1 / s1-1DP-2 OPTAM 16 : Tarifs Autres spécialités médicales, s1 / s1-1DP-2 OPTAM
--	--	---

2.8 Les médecins secteur 2 OC

Le contexte PS « 6 : secteur 2 OC, Toutes specialites medicales » n'est plus utilisable depuis le 1^{er} décembre 2014.

2.8.1 Description de la population ciblée

Les médecins exerçant en secteur à honoraires différents dit secteur 2 fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires avec tact et mesure. Ce secteur d'exercice est défini à l'article 35.1 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 (texte disponible sur ameli.fr rubrique professionnels de santé/médecin/votre convention).

En principe, ces praticiens fixent librement leurs tarifs et peuvent donc pratiquer des dépassements avec tact et mesure.

Ces médecins ont pu toutefois choisir d'adhérer par le passé à l'option de coordination. Cette option conventionnelle a été abrogée le 1^{er} décembre 2013 avec l'entrée en vigueur du contrat d'accès aux soins. Elle était définie à l'article 36 et suivants de la convention médicale du 26 juillet 2011 dans sa rédaction antérieure à l'avenant 8 à la convention médicale signée le 25 octobre 2012).

Les médecins qui souscrivaient à l'option de coordination (qui n'existe donc plus depuis le 1^{er} décembre 2013) s'engageaient à appliquer s'engageaient à appliquer les tarifs conventionnels (tarifs de secteur 1) pour les actes cliniques (ex consultations) et à pratiquer des dépassements maîtrisés (20% maximum des tarifs opposables) pour les actes techniques.

L'Assurance Maladie rembourse les consultations et actes réalisés par ces médecins sur la base des tarifs fixés dans la convention (tarifs applicables aux médecins de secteur 1), le montant des éventuels dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Une prise en charge de ces dépassements peut intervenir, le cas échéant, dans le cadre des contrats souscrits auprès d'organismes complémentaires.

2.9 Les médecins non conventionnés

2.9.1 Description de la population ciblée

Un médecin est dit non conventionné s'il a choisi de ne pas adhérer à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie (article L.162-5 du code de la Sécurité sociale). Dans ce cas, il peut pratiquer les tarifs qu'il souhaite mais conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale, le remboursement de l'Assurance Maladie est basé sur les tarifs d'autorité prévus par l'Arrêté du 9 mars 1966 (modifié par l'arrêté du 1^{er} décembre 2006 paru au journal officiel du 16 décembre 2006) fixant les tarifs d'autorité des praticiens et auxiliaires médicaux applicables en l'absence de convention pour les soins dispensés aux assurés sociaux.

2.9.2 Utilisation des contextes selon la période

Pour les dates de soins postérieures au 31/12/2016, la spécialité du PS devient nécessaire à la détermination de la grille tarifaire. Le contexte PS « 9 » ne suffit plus.

	2016	2017	2018
Contexte PS	9 : non conventionné, Toutes specialites medicales	47 : non conventionné, specialites de chirurgie et gyneco-obstetrique 48 : non conventionné, anesthésistes 49 : non conventionné, pédiatres 50 : non conventionné, généralistes 51 : non conventionné, autres specialites medicales	
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	2 : Tarifs secteur 1 Dépassement Permanent, secteur 2 et non conventionné, toute spécialité médicale et dentistes		6 : Tarifs Spé chir et gynéco-obst, non conventionné 8 : Tarifs Anesthésistes, s2-1DP / non conventionné 10 : Tarifs Généralistes, s2-1DP / non conventionné 12 : Tarifs Pédiatres, s2-1DP / non conventionné 14 : Tarifs Autres spécialités médicales, s2-1DP / non conventionné

2.10 Les chirurgiens-dentistes conventionnés

2.10.1 Description de la population ciblée

Pour les consultations et les soins dentaires, le chirurgien-dentiste applique les tarifs conventionnels fixés par convention avec l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie rembourse sur la base de ces tarifs.

A noter : sur ces actes de soins dentaires, des dépassements d'honoraires ne peuvent être facturés qu'à titre exceptionnel en cas d'une exigence particulière de la part de l'assuré. Ils ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

Pour les prothèses dentaires et les traitements d'orthopédie dento-faciale, le chirurgien-dentiste fixe librement ses tarifs et peut donc pratiquer des dépassements d'honoraires. (à l'exception des bénéficiaires de la CMU C pour lesquels des tarifs plafonnés ont été définis sur ces actes).

L'Assurance Maladie rembourse sur la base de tarifs dits « tarifs de responsabilité » et non sur la base des honoraires payés.

Les dépassements d'honoraires en effet ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie, mais peuvent l'être par les organismes d'assurance maladie complémentaires

2.10.2 Utilisation des contextes selon la période

	2016	2017	2018
Contexte PS	10 : conventionné, Chirurgiens dentistes		
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	2 : Tarifs secteur 1 Dépassement Permanent, secteur 2 et non conventionné, toute spécialité médicale et dentistes		13 : Tarifs Chirurgiens-dentistes

2.11 Les chirurgiens-dentistes non conventionnés

2.11.1 Description de la population ciblée

Le chirurgien-dentiste fixe librement ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base de tarifs extrêmement faibles, et non sur la base des honoraires payés.

De même, un chirurgien-dentiste est dit non conventionné s'il n'a pas souhaité adhérer à la convention nationale organisant les rapports avec les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie. Dans ce cas, ses tarifs sont libres, et les actes qu'il réalise seront pris en charge sur la base d'un tarif « d'autorité » fixant les tarifs d'autorité des praticiens et auxiliaires médicaux applicables en l'absence de convention pour les soins dispensés aux assurés sociaux.

2.11.2 Utilisation des contextes selon la période

	2016	2017	2018
Contexte PS	11 : non conventionné, Chirurgiens dentistes		
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	2 : Tarifs secteur 1 Dépassement Permanent, secteur 2 et non conventionné, toute spécialité médicale et dentistes		13 : Tarifs Chirurgiens-dentistes

2.12 Les sages-femmes conventionnées

2.12.1 Description de la population ciblée

La sage-femme applique les tarifs conventionnels fixés par convention avec l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie rembourse sur la base de ces tarifs.

Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie rembourse sur la base de tarifs dits « tarifs de responsabilité » et non sur la base des honoraires payés.

Les dépassements d'honoraires en effet ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie, mais peuvent l'être par les organismes d'assurance maladie complémentaires

2.12.2 Utilisation des contextes selon la période

	2016	2017	2018
Contexte PS	12 : conventionné, Sage-Femme		
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	1 : Tarifs secteur 1 et adhérents, toute spécialité médicale et sage-femme		15 : Tarifs sages-femmes

2.13 Les sages-femmes non conventionnées

2.13.1 Description de la population ciblée

La sage-femme fixe librement ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base de tarifs extrêmement faibles, et non sur la base des honoraires payés.

Une sage-femme est dite non conventionnée si elle n'a pas souhaité adhérer à la convention nationale organisant les rapports avec les sages-femmes libérales et l'Assurance Maladie. Dans ce cas, ses tarifs sont libres, et les actes qu'elle réalise seront pris en charge sur la base d'un tarif « d'autorité » fixant les tarifs d'autorité des praticiens et auxiliaires médicaux applicables en l'absence de convention pour les soins dispensés aux assurés sociaux.

2.13.2 Utilisation des contextes selon la période

	2016	2017	2018
Contexte PS	13 : non conventionné, Sage-Femme		
Contexte BN	1 : Tout contexte	1 : Tout contexte 2 : CMUC 3 : Hors CMUC/Hors ACS 4 : ACS	
Grille tarifaire	1 : Tarifs secteur 1 et adhérents, toute spécialité médicale et sage-femme		15 : Tarifs sages-femmes

3 Les contextes bénéficiaires

Les contextes possibles sont les suivants :

- 1 : Tout contexte
- 2 : CMUC
- 3 : Hors CMUC/Hors ACS
- 4 : ACS

Au 1^{er} janvier 2018, le contexte bénéficiaire n'est pas différenciant pour obtenir la grille tarifaire : le contexte « 1 » peut continuer d'être utilisé si le contexte du bénéficiaire ne peut pas être déterminé.

4 Les grilles tarifaires présentes en base CCAM

Avant le 1^{er} janvier 2018, il existe 2 grilles de tarifs :

4.1 Grille « Secteur 1 / adhérent »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux secteur 1 et/ou adhérents à un contrat (Contrat d'Accès aux Soins, OPTAM ou OPTAM-CO) toute spécialité médicale.

4.2 Grille « Hors secteur 1 / hors adhérent »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux secteur 1 Dépassement Permanent, secteur 2 et non conventionné, toute spécialité médicale et dentistes.

A partir du 1^{er} janvier 2018, il existe 14 grilles de tarifs :

4.3 Grille « 03 : Spé chir et gynéco-obst, s1 / s1 OPTAM / s1 OPTAMCO / s2-1DP OPTAMCO »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux spécialistes de chirurgie et gynéco-obstétrique du [secteur 1], ou [secteur 1 adhérent à un contrat (OPTAM ou OPTAM-CO)], ou [secteur 1 avec DP adhérent OPTAM-CO] ou [secteur 2 adhérent OPTAM-CO].

4.4 Grille « 04 : Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux spécialistes de chirurgie et gynéco-obstétrique du [secteur 2], ou [secteur 1 avec DP].

4.5 Grille « 05 : Spé chir et gynéco-obst, s2-1DP OPTAM »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux spécialistes de chirurgie et gynéco-obstétrique du [secteur 2 adhérent OPTAM], ou [secteur 1 avec DP adhérent OPTAM].

4.6 Grille « 06 : Spé chir et gynéco-obst, non conventionné »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux spécialistes de chirurgie et gynéco-obstétrique [non conventionnés].

4.7 Grille « 07 : Anesthésistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux anesthésistes du [secteur 1] ou [secteur 1 adhérent OPTAM] ou [secteur 1 avec DP adhérent OPTAM] ou [secteur 2 adhérent OPTAM].

4.8 Grille « 08 : Anesthésistes, s2-1DP / non conventionné »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux anesthésistes du [secteur 2] ou [secteur 1 avec DP] ou [non conventionnés].

4.9 Grille « 09 : Généralistes, s1 / s1-1DP-2 OPTAM »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux généralistes du [secteur 1] ou [secteur 1 adhérent OPTAM] ou [secteur 1 avec DP adhérent OPTAM] ou [secteur 2 adhérent OPTAM].

4.10 Grille « 10 : Généralistes, s2-1DP / non conventionné »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux généralistes du [secteur 2] ou [secteur 1 avec DP] ou [non conventionnés].

4.11 Grille « 11 : Pédiatres, s1 / s1-1DP-2 OPTAM »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux pédiatres du [secteur 1] ou [secteur 1 adhérent OPTAM] ou [secteur 1 avec DP adhérent OPTAM] ou [secteur 2 adhérent OPTAM].

4.12 Grille « 12 : Pédiatres, s2-1DP / non conventionné »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux pédiatres du [secteur 2] ou [secteur 1 avec DP] ou [non conventionnés].

4.13 Grille « 13 : Chirurgiens-dentistes »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux chirurgiens-dentistes [conventionné] ou [non conventionnés].

4.14 Grille « 14 : Autres spécialités médicales, s2-1DP / non conventionné »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux autres spécialités médicales du [secteur 2] ou [secteur 1 avec DP] ou [non conventionné].

4.15 Grille « 15 : Sages-femmes »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux sages-femmes [conventionné] ou [non conventionnés].

4.16 Grille « 16 : Autres spécialités médicales, s1 / s1-1DP-2 OPTAM »

Cette grille contient l'ensemble des tarifs applicables aux autres spécialités médicales du [secteur 1] ou [secteur 1 adhérent OPTAM] ou [secteur 1 avec DP adhérent OPTAM] ou [secteur 2 adhérent OPTAM].