

CIRCULAIRE

CIR-24/2017

Document consultable dans Médi@m

Date :

27/12/2017

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

La décision UNCAM du 27 septembre 2017 modifiant les livres II et III de la liste des actes et prestations et la mise en œuvre de la convention médicale 2016

Liens :

Cir-24/2016

Cir-9/2017

Cir-10/2017

Plan de classement :

P10-02

P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 2

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CARSAT	<input checked="" type="checkbox"/> CNAMTS
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input checked="" type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> DCGDR			
<input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input checked="" type="checkbox"/> Régionaux		<input checked="" type="checkbox"/> Chef de service

Pour mise en oeuvre Immédiate

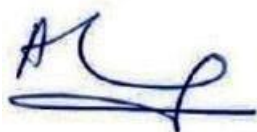
Résumé :

La décision UNCAM du 27 septembre 2017 modifiant les livres II et III de la liste des actes et prestations et la mise en œuvre de la convention médicale 2016

Mots clés :

convention ; modificateur ; CCAM ; U03 ; U45 ; MRT ; MUT ; MCU ; urgence

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Annelore COURY

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Eric LE BOULAIRE

CIRCULAIRE : 24/2017

Date : 27/12/2017

Objet : La décision UNCAM du 27 septembre 2017 modifiant les livres II et III de la liste des actes et prestations et la mise en œuvre de la convention médicale 2016

Affaire suivie par : dact.ddgosdos@cnamts.fr **mot clef à mettre en objet : LRCONV2016**

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités de mise en œuvre et les règles de facturation des mesures de nomenclature prévues par la convention médicale du 25 août 2016, qui entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2018, à savoir :

- la revalorisation des actes réalisés en urgence sur les plateaux techniques lourds,
- les consultations correspondant aux niveaux CCMU 3, 4 et 5 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS : U03 et U45,
- les nouvelles majorations encourageant la prise en charge des patients dans un délai de 48 h par le médecin correspondant sur adressage du médecin traitant : MUT et MCU,
- la majoration pour les consultations en urgence du médecin traitant en réponse à la régulation, MRT.

La circulaire précise par ailleurs les modalités de facturation des majorations de coordination – « MCS et MCG » pour les patients de moins de 16 ans.

1. La revalorisation des actes réalisés en urgence sur les plateaux techniques lourds

1.1 Contexte

Une liste fermée d'actes techniques de la CCAM bénéficient d'un tarif revalorisé, par l'application de modificateurs, lorsqu'ils sont réalisés en urgence.

Les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens sont ainsi concernés par 3 modificateurs d'urgence :

- Le modificateur U pour les actes techniques réalisés en urgence de 20h à 8h,

- Le modificateur S pour les actes thérapeutiques réalisés en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale, la nuit de 0h à 8h,
- Le modificateur F pour leurs actes techniques réalisés le dimanche ou un jour férié.

Les pédiatres sont concernés par le modificateur P pour les actes techniques réalisés en urgence de 20h à 00h.

Pour rappel, ces modificateurs sont aussi utilisables par d'autres professionnels :

- Le modificateur U par l'ensemble des médecins et des chirurgiens-dentistes,
- Le modificateur S par les médecins généralistes, les pédiatres et les sages-femmes,
- Le modificateur F par l'ensemble des professionnels pouvant coder leurs actes techniques en CCAM,
- Le modificateur P par les médecins généralistes et les sages-femmes.

Les partenaires conventionnels ont souhaité, par le biais de l'article 29.4 de la convention médicale signée le 25 août 2016, davantage valoriser les actes techniques réalisés :

- en urgence sur les plateaux techniques lourds en chirurgie, anesthésie et gynécologie-obstétrique en nuit profonde, de 20h à minuit, le dimanche et les jours fériés,
- en urgence de jour par les chirurgiens, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, pour les actes chirurgicaux en urgence vitale et urgence d'organes dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient, soit dans un établissement privé autorisé à recevoir des urgences, soit pour un patient non transférable.

Cet article 29.4 a été modifié par l'article 3 de l'avenant n°1 signé le 4 janvier 2017 afin d'introduire ces mêmes revalorisations pour les pédiatres.

Une décision UNCAM du 27 septembre 2017 a ainsi introduit ces modifications dans la LAP.

1.2 Nouvelles valorisations et réécriture des libellés des modificateurs existants : U, S, F et P

Afin d'intégrer ces évolutions, les libellés des modificateurs existants et leurs valeurs ont été réécrits et inscrits à la LAP.

La création de valeurs spécifiques pour un même modificateur pour certaines spécialités par la convention médicale a entraîné le dédoublement des valeurs des modificateurs U, S, F et P.

Les tarifs de ces modificateurs varient ainsi selon les spécialités mais sont communs aux différents secteurs (Secteur 1 /secteur 2 adhérent OPTAM/OPTAM-CO et non adhérent OPTAM/OPTAM-CO).

Ils sont récapitulés ci-après :

19.03.01	Urgence	Tarif (€)
U	<p>Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h <i>A l'exclusion de :</i> <i>acte réalisé par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes ;</i> <i>acte réalisé par les pédiatres, par les médecins généralistes ou par les sages-femmes ;</i> <i>acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, de 00h à 08h.</i></p> <p>Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et minuit <i>Inclut :</i> <i>acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues</i></p>	25,15 50
S	<p>Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, la nuit de 00h à 08h</p> <p>Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres entre 00h et 08h</p> <p><i>Inclut :</i> <i>acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues</i></p>	40 80
F	<p>Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié <i>A l'exclusion de :</i> <i>acte réalisé par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes,</i></p> <p>Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes ou les pédiatres un dimanche ou un jour férié <i>Inclut :</i> <i>acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues</i></p>	19,06 40
P	<p>Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes de 20h à 00h</p> <p>Acte réalisé en urgence par les pédiatres, de 20h à 00h</p>	35 50

Les ORL, les stomatologues et les ophtalmologues (spécialités éligibles, sous certaines conditions, à l'option OPTAM-CO) bénéficient des modificateurs ouverts aux chirurgiens, lorsqu'ils pratiquent les actes autorisant l'application des modificateurs U, S et F.

1.3 Création du modificateur d'urgence de jour O

Les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser les actes en urgence de journée sur les plateaux techniques lourds.

Les actes concernées par le modificateur O peuvent bénéficier d'une majoration de 80€ lorsqu'ils sont réalisés de 8h à 20h et dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient.

Les spécialités médicales concernées sont les chirurgiens, ORL, ophtalmologue, stomatologue, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens. L'acte doit être réalisé dans un établissement privé à but lucratif (établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale) disposant d'une autorisation de service d'urgence délivrée par l'ARS ou si ce n'est pas le cas lorsque le patient n'est pas transférable.

Le modificateur O est créé comme suit (les actes concernés figurent en annexe 1 de la circulaire) :

19.03.01	Urgence	Tarif (€)
O	Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organes, de 8h à 20 h, par les chirurgiens, ORL, ophtalmologue, stomatologue, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient : soit, dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale disposant d'une autorisation de service d'urgence délivrée par l'ARS soit, pour un patient non transférable	80

A noter que la création de ce nouveau modificateur O a entraîné la modification de la note du paragraphe 19.03.01 « Urgence » de la CCAM comme suit (ajout de la situation : acte de 8 heures à 20 heures dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale) :

« Dans le cadre d'une affection ou la suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles :

- Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant et réalisé soit, entre 20 heures et 8 heures soit, le dimanche ou un jour férié.
- Réalisation d'un acte de 8 heures à 20 heures dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. »

>> Conformément à l'article L.162-5-14 du code de sécurité sociale, à l'article L6112-5 du code de santé publique et aux articles 37.1 et 38.3 de la convention médicale de 2016 les actes réalisés en situations d'urgence médicale doivent être réalisés à tarif opposable.

Le tarif opposable est le tarif de l'acte CCAM du secteur du médecin sans dépassement d'honoraires.

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

Un document joint en annexe récapitule les différents modificateurs applicables selon les horaires, les jours et les spécialités.

1.4 Création de deux nouvelles consultations à la NGAP correspondant aux niveaux CCMU 3, 4 et 5 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS U03 et U45

Avant la nouvelle convention du 25 août 2016, les consultations réalisées par les médecins urgentistes libéraux exerçant en établissement privé, dans un service d'urgence autorisé par l'ARS, étaient toutes rémunérées au tarif de la consultation « C », et ce, quel que soit le type de prise en charge du patient. Les partenaires conventionnels ont souhaité créer deux nouvelles consultations afin de valoriser la prise en charge des patients par les médecins urgentistes libéraux, exerçant dans un service d'urgence des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (activités de MCO), lorsqu'elles s'avèrent plus complexes, et correspondent à certains niveaux définis à la nomenclature CCMU utilisée dans les services d'urgence.

Les consultations des services d'urgence sont en effet définies par la nomenclature CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) qui classe le patient selon le degré de gravité de sa pathologie et le type de prise en charge nécessaire. Elle distingue 4 niveaux :

- Le Niveau CCMU 1 « état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences » et le niveau CCMU 2 « état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences »
- Niveau CCMU 3 : « Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital »
- Niveau CCMU 4 « situation pathologique engageant le pronostic vital ; prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate » et de niveau CCMU 5 « situation pathologique engageant le pronostic vital ; prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation »

Les partenaires conventionnels ont proposé la création des deux consultations suivantes :

- une consultation dénommée « U03 » pour valoriser la consultation de niveau CCMU 3 réalisée par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS. Cette consultation sera facturée à tarif opposable à hauteur de 30 euros, à compter du 1er janvier 2018 (Article 28.2.3 de la convention)
- une consultation dénommée « U45 » pour valoriser les interventions de niveau CCMU 4 et 5 réalisées par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS. Cette consultation sera facturée à tarif opposable à hauteur de 46 euros, à compter du 1er janvier 2018 (Article 28.3.3 de la convention)

Ces deux consultations ont été inscrites à la NGAP par le biais de la décision UNCAM du 27 septembre 2017 précisant notamment les conditions de facturations et de prise en charge.

Dans les DROM le tarif de la consultation U03 est de 36 euros et la consultation U45 de 55,20 euros. Ainsi, il est précisé, concernant la Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste, que « le compte rendu de cette consultation U03, réalisée à tarif opposable, doit être inscrit dans le dossier médical du service des urgences ». Il en est de même pour la Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste dénommée U45.

2. Création de trois nouvelles majorations encourageant la prise en charge des patients dans les 48 h ou en urgence en réponse à la régulation : MUT - MCU – MRT

2.1 MUT et MCU : valorisation des consultations du médecin traitant et du médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures

Depuis la réforme de 2005 et la mise en place du parcours de soins, les partenaires conventionnels ont souhaité valoriser le travail de coordination effectué entre le médecin traitant et le médecin correspondant (orientation du patient dans le parcours de soins, retour d'information vers le médecin traitant, réalisation d'une synthèse médicale par le médecin traitant) lequel constitue un gage de meilleure prise en charge des patients et d'efficacité du système de soins.

Afin de réduire les hospitalisations évitables et les recours inutiles aux services d'urgence, les partenaires conventionnels ont souhaité faciliter l'adressage des patients par leur médecin traitant au médecin correspondant pour une prise en charge dans les 48 h. Il s'agit d'un dispositif complémentaire à la consultation coordonnée et de suivi par le médecin traitant dont l'intérêt est d'autant plus important pour les spécialités pour lesquelles les délais d'attente sont très longs du fait d'une offre de soins limitée (Article 28.2.4 de la convention médicale 2016).

La prise en charge sans délai des patients par les médecins spécialistes de second recours en ville est encouragée, grâce à une majoration au bénéfice de ces derniers et du médecin traitant qui déclenche cette demande de consultation sans délai (majorations MUT pour le médecin traitant et MCU pour le médecin correspondant).

2.1.1 Médecins bénéficiaires

La MUT et la MCU sont ouvertes dès le 1er janvier 2018, à l'ensemble des médecins libéraux et des centres de santé :

- quel que soit leur secteur d'exercice (secteur 1, secteur 1 DP ou titrés ou secteur 2 adhérents ou pas à l'OPTAM/OPTAM CO),
- quelle que soit leur spécialité médicale (*exception faite pour la MCU – voir détail point 2.1.3*),
- dès lors que la consultation associée est réalisée à tarif opposable.

2.1.2 La majoration d'urgence du médecin traitant - « MUT »

Il est créé une majoration spécifique d'urgence du médecin traitant, dite « MUT », venant en complément de la consultation du médecin lorsque ce dernier adresse son patient à un autre médecin (médecin correspondant) pour une prise en charge **dans un délai de 48 heures**.

Le tarif de la MUT est de 5 euros.

La MUT est facturable par l'ensemble des médecins, généralistes et autres spécialistes, dès lors qu'ils agissent en leur qualité de médecin traitant.

2.1.3 La majoration Correspondant Urgence - « MCU »

Il est créé une majoration spécifique d'urgence du médecin correspondant, dite « MCU », venant en complément de la consultation lorsque ce dernier est sollicité par le médecin traitant et répond à cette sollicitation dans un délai de 48 heures.

Le tarif de la MCU est de 15 euros.

La MCU est facturable par l'ensemble des médecins correspondants (hors médecins traitant), ceux-ci pouvant être de toutes spécialités (y compris de médecine générale).

Exception : elle n'est pas applicable aux psychiatres qui bénéficient déjà d'une majoration spécifique prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP (1,5 CNSPY et 1,5 VNPSY).

Le médecin correspondant est défini à l'article 16 de la convention médicale : dans le cadre du parcours de soins, « le médecin correspondant est le médecin qui intervient en second recours après orientation du médecin traitant. Ces interventions sont faites en coordination avec le médecin traitant auprès duquel il effectue un retour d'information. »

2.1.4 Règles de facturation

La MUT et la MCU ne sont facturables que si la consultation à laquelle elles sont appliquées est facturée à tarif opposable, c'est-à-dire sans dépassement. La prise en charge coordonnée par le médecin de second recours doit intervenir dans les 48 h suivant l'adressage par le médecin traitant.

Elles ne s'appliquent pas à Mayotte, territoire sur lequel le parcours de soins n'est pas applicable.

La MUT et la MCU ont la même valeur en métropole et dans les DROM (hors Mayotte).

2.1.4.1 Règles de cumul

	MUT	MCU
Cumuls autorisés avec les consultations		
	<ul style="list-style-type: none">• Consultation au cabinet (G, GS, C, CS, CNPSY)• Visite à domicile (VG, VGS, V, VS, VNPSY) Visite longue (VL)• Consultations complexes et très complexes (CCX, CCE, CCP, COE, CDE, CSC)	<ul style="list-style-type: none">• Consultation au cabinet (G, GS, C, CS)• Visite à domicile (VG, VGS, V, VS)• Avis ponctuel de consultant (APC, APV, APU)• Consultations complexes et très complexes (CCX, CCE, CDE, CSC)

	MUT	MCU
Cumuls autorisés avec les majorations		
	<ul style="list-style-type: none"> • Majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée (MDN, MDD, MDI, MD, MDE) • Majorations d'urgence de nuit, de milieu de nuit, de dimanche et jour férié (MN, MM, F) • Majorations pédiatriques (MEG, MEP, NFE, NFP) • Majorations complexes et très complexes (MAF, MPF, MCE, MIC, MSH, MTA, MCX, MTX) • Majoration d'urgence (MU) 	<ul style="list-style-type: none"> • Majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée (MDN, MDD, MDI, MD, MDE) • Majorations d'urgence de nuit, de milieu de nuit, de dimanche et jour férié (MN, MM, F) • Majorations de coordination (MCS, MCG, MCC) • Majoration forfaitaire transitoire (MPC) • Majorations pédiatriques (MEG, MEP, NFE, NFP) • Majorations complexes et très complexes (MCE, MTA, MCX, MTX)

	MUT	MCU
Cumuls non autorisés		
	<ul style="list-style-type: none"> • Actes techniques CCAM • Majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD, CRS, VRS) • Majorations de coordination (MCS, MCG, MCC) • Avis ponctuels de consultant (APC, APV, APU) • MCU 	<ul style="list-style-type: none"> • Actes techniques CCAM • Majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD, CRS, VRS) • Majoration d'urgence (MU) • Consultations complexes (COE et CCP) • MUT

2.1.4.2 Conditions de facturation dans le cadre du parcours de soins

- ✓ La MUT est facturable dès lors que le médecin est déclaré par le patient comme médecin traitant.

Pour un patient en déplacement en dehors de sa résidence principale, est considéré comme médecin traitant, par défaut, le médecin qui adresse le patient vers le médecin correspondant pour prise en charge dans les meilleurs délais.

Pour les patients âgés de moins de 16 ans n'ayant pas de médecin traitant déclaré (le médecin traitant n'étant pas obligatoire), est considéré médecin traitant par défaut, celui qui adresse ces patients à un médecin correspondant pour une prise en charge sous 48h.

- ✓ La MCU est applicable dès lors que la demande émane du médecin traitant.

Le médecin correspondant répondant à la sollicitation du médecin traitant dans un délai de 48 heures, peut coter la « MCU » quand le patient est adressé par le remplaçant du médecin traitant ou par son associé.

Le médecin correspondant peut être également sollicité dans les cas où le patient est en dehors de sa résidence habituelle et pour les patients de moins de 16 ans n'ayant pas de médecin traitant déclaré.

Le médecin correspondant doit faire un retour au médecin traitant déclaré à la suite de la prise en charge effectuée à sa demande.

En dehors des particularités énoncées ci-dessus, la MCU n'est pas facturable quand le patient est adressé par un autre médecin que le médecin traitant.

2.1.4.3 Justificatif de l'adressage

Le médecin traitant conserve tout élément attestant de son adressage spécifique vers un correspondant (copie courrier dans son logiciel métier ou autre document) comme pour tout adressage ayant lieu dans le cadre du parcours de soins.

Le médecin correspondant conserve également tout élément attestant de l'orientation spécifique faite par le médecin traitant et de sa prise en charge sans délai effectuée à la suite de cet adressage.

2.1.4.4 Modalités pratiques de la facturation

En pratique, pour facturer ces actes, le médecin doit inscrire le code prestation « MUT » ou « MCU » sur la feuille de soins (électronique ou papier) à transmettre à l'Assurance maladie.

Attention : la notion de « prise en charge sans délai » des patients dans un délai de 48 heures n'est pas assimilable à de l'« urgence » au sens strict.

De fait, le médecin ne doit pas faire référence à la notion d'urgence lorsqu'il précise la situation du patient dans le parcours de soins :

- sur la feuille de soins papier : il ne coche pas la case « Urgence »,
- sur la feuille de soins électronique (FSE), il n'ajoute pas le code « MTU »

Par ailleurs, le médecin peut bénéficier des majorations d'urgences de nuit, de milieu de nuit et de dimanche et jour férié dans le respect des règles de la NGAP.

2.2 La majoration médecin traitant régulation MRT : valorisation des consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels (Article 28.2.5 de la convention médicale 2016)

Il est créé une majoration spécifique relative à la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, pour l'un de ses patients, en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (centre 15 ou 116 117) : la majoration MRT. Le tarif de la MRT est de 15 euros.

2.2.1 Médecins bénéficiaires

La MRT est ouverte dès le 1^{er} janvier 2018, à l'ensemble des médecins traitants quel que soit leur secteur d'exercice.

2.2.2 Règles de facturation

La MRT n'est cotable que si la consultation associée est réalisée à tarif opposable.

La MRT ne s'applique pas à Mayotte qui est un territoire sur lequel le parcours de soins ne s'applique pas.

A l'instar de la MUT et de la MCU, le tarif de la MRT est commun à la métropole et aux DROM (hors Mayotte).

A noter : le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale, conformément à l'article 4, annexe 11 de la convention médicale 2016.

2.2.2.1 Règles de cumul

	Cumuls autorisés	Cumuls non autorisés
Consultations	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation au cabinet (G, GS, C, CS, CNPSY) • Visite à domicile (VG, VGS, V, VS, VNPSY) 	<ul style="list-style-type: none"> • Actes techniques • Consultations complexes et très complexe (CCX et CTX) • Avis ponctuels de consultant (APC, APV, APU, APY, AVY)
Majorations	<ul style="list-style-type: none"> • Majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée (MD) • Majorations pédiatriques (MEG, MEP, NFE, NFP) • Majorations complexes et très complexes (MCX et MTX) • Majoration forfaitaire transitoire (MPC) 	<ul style="list-style-type: none"> • Majorations de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit, de dimanche et de jours fériés (MDI, MDN, MDD, MM, MN, F) • Majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins (CRN, VRN, CRM, VRM, CRD, VRD, CRS, VRS) • Majorations de coordination (MCS, MCG, MCC) • Majoration d'urgence (MU) • MUT et MCU

2.2.2.2 Conditions de facturation dans le cadre du parcours de soins

La MRT est applicable dès lors que le médecin est déclaré par le patient comme médecin traitant et qu'il répond à une demande pour prise en charge en urgence du centre de régulation des appels.

Le remplaçant du médecin traitant ou son associé répondant à la sollicitation du médecin régulateur, peut également facturer la « MRT ».

Pour les patients âgés de moins de 16 ans n'ayant pas de médecin traitant déclaré (le médecin traitant n'étant pas obligatoire) est considéré médecin traitant celui qui recevra la demande du centre de régulation.

La MRT n'est pas applicable quand le patient est adressé par un médecin autre que le médecin régulateur.

2.2.2.3 Distinction entre « Majoration d'Urgence » « MU » et la « MRT »

La « MU » définie à l'article 14.1 de la NGAP, est réservée au médecin généraliste et médecin spécialiste de médecine générale, qu'il soit médecin traitant ou pas, quel que soit son secteur d'exercice, lorsque ce dernier quitte soudainement son cabinet à la demande du centre de régulation ou sur demande expresse et motivée du patient. Elle majore donc l'acte effectué en dehors du cabinet.

La « MRT » est quant à elle réservée au médecin traitant, qu'il soit généraliste ou autre spécialiste, quel que soit son secteur d'exercice, qui reçoit en urgence un de ses patients après appel du centre de régulation, à son cabinet. Elle n'est facturable qu'en cas de respect des tarifs opposables. Elle ne peut être cumulée avec les autres majorations qui existent dans le cadre de la PDS.

2.2.2.4 Modalités pratiques de la facturation

En pratique, pour facturer, le médecin doit inscrire le code prestation « MRT » sur la feuille de soins (électronique ou papier) à transmettre à l'Assurance Maladie.

A l'instar de la « MCU » et de la « MUT », le médecin ne doit pas faire référence à la notion d'urgence pour la « MRT » (cf. point 2.2.1.4).

2.3 MUT/MCU/MRT dans le cadre des établissements de santé

Les majorations « MUT », « MCU » et « MRT » ne figurent pas dans l'arrêté du 27 avril 2017 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics.

Elles ne sont donc pas facturables par les établissements ex-DG et par les établissements ex-OQN pour leurs médecins salariés dans le cadre des actes et consultations externes.

Les majorations MUT et MCU ont pour objet de réduire les hospitalisations évitables et les recours inutiles aux services d'urgence. Elles rémunèrent une prise en charge sans délai des patients par les médecins spécialistes de second recours en ville.

La majoration MRT valorise la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, pour l'un de ses patients, en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (ce qui signifie que le SAMU n'a pas orienté le patient vers un service d'urgence hospitalier).

Pour ces raisons, les majorations ne doivent pas être facturées par les médecins libéraux en établissement de santé que la prise en charge soit réalisée en hospitalisation ou en environnement hospitalier (service d'urgence notamment).

3 Facturation des majorations de coordination MCS et MCG

Le tarif différencié de la majoration MPC pour les patients de moins de 16 ans (MPJ) a été supprimé au 1^{er} juillet 2017.

A partir de cette date, les médecins spécialistes (hors spécialiste de médecine générale) facturent, en complément de la CS, la MPC quel que soit l'âge du patient (hormis pour les pédiatres dont les patients ont moins de 6 ans).

Pour les moins de 16 ans, en remplacement de l'ancienne cotation MPJ et en complément de la MPC, le médecin spécialiste (hors spécialiste de médecine générale) en activité libérale peut coter la MCS en l'absence de médecin traitant.

C'est une tolérance qui constitue une exception à la règle de cotation de la MCS.

La MCG (majoration de coordination du généraliste) ne bénéficie pas de cette tolérance, lorsque l'enfant n'a pas de médecin traitant désigné, le médecin généraliste ne peut pas bénéficier de la MCG.
