

Guide de cotation dermatologique

Consultations, gestes techniques et facturation

Édition du 2 octobre 2026 · Base des actes : CCAM V84

Sommaire

01. Choisir la cotation à partir du soin réalisé
 02. Consultation courante et coordination
 03. APC : un avis ponctuel, pas toute première consultation
 04. Biopsie et consultation : la liste fermée des exceptions
 05. Dépistage du mélanome et dermatoscopie
 06. MCU, MOP et consultations très complexes
 07. Téléconsultation et téléexpertise
 08. Acte global, séances et compte rendu
 09. Associer deux actes : vérifier avant de calculer
 10. FSD : un forfait soumis à des conditions propres
 11. Modificateurs : des conditions, pas des options libres
 12. Remboursement, accord préalable et ALD
 13. Remplir la feuille de soins sans mélanger les codes
 14. Lire un libellé jusqu'à ses notes
 15. QZJB004 : un code existant, des honoraires sur une facture distincte
 16. Quand un médecin utilise encore la NGAP technique
 17. Soins consécutifs : distinguer NGAP et CCAM
 18. Soins non programmés : identifier l'adresseur et l'horaire
 19. Handicap : consultation adaptée et dossier MDPH
- Repères par famille d'actes · Points de vigilance · Bibliographie

01. Choisir la cotation à partir du soin réalisé

La NGAP décrit notamment les consultations et les avis médicaux. La CCAM décrit les actes techniques. Le choix commence par le geste réellement effectué, puis sa localisation, sa profondeur, le nombre de lésions, leur dimension et la technique employée. Un diagnostic ou un synonyme de recherche ne suffit pas à déterminer le code.

Vérifier ensuite la prise en charge : acte remboursable, remboursement sous conditions, accord préalable ou absence de prise en charge. Un code existant n'implique pas un remboursement. Un montant nul ne suffit pas, à lui seul, à classer un acte : certains actes peuvent relever d'un forfait ou d'un financement particulier.

Le tarif conventionnel, les honoraires demandés et le remboursement effectivement reçu par le patient sont trois montants différents. Le secteur, le parcours de soins, les exonérations et la complémentaire peuvent modifier le résultat. Les tableaux de recherche restent identifiés comme issus de la base V84 ; cette documentation ne prétend pas les transformer en une nouvelle version de toute la CCAM.

Références bibliographiques : CCAM, livre I, articles I-2 à I-4 ; guide des principes généraux, mars 2011. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

02. Consultation courante et coordination

Une consultation comprend l'interrogatoire, l'examen et, si nécessaire, la prescription. Les examens usuels propres à la spécialité et les petits gestes inclus ne deviennent pas des actes supplémentaires. Un passage consacré uniquement à un acte en série ne justifie pas de remplacer cet acte par une consultation.

En métropole, la CS du dermatologue est valorisée à 26,50 € dans le cadre tarifaire éligible. La MCS ajoute 5 € lorsque les conditions de coordination et de retour au médecin traitant sont remplies, soit 31,50 €. Le secteur 2 non-Optam peut accéder à la majoration de coordination lorsqu'il respecte les tarifs opposables. Ce total n'est donc pas à appliquer indistinctement à toutes les consultations.

L'ancienne présentation CS + MPC ne doit pas être ajoutée à nouveau à la CS revalorisée. Les anciens tableaux de l'annexe tarifaire doivent être lus avec leurs dates et les tableaux qui les remplacent.

Références bibliographiques : NGAP, articles 15 et 2 bis ; annexe tarifaire fournie, articles 1 et 2 ; tarifs Ameli consultés le 16/09/2026. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

03. APC : un avis ponctuel, pas toute première consultation

L'APC correspond à une demande explicite d'avis du médecin traitant. Il suppose une réponse diagnostique et thérapeutique transmise à ce dernier et l'absence de prise en charge continue par le consultant. Le simple fait de recevoir un nouveau patient adressé ne suffit pas.

Le texte impose de ne pas avoir reçu le patient dans les quatre mois précédant l'avis et de ne pas le revoir dans les quatre mois suivants pour la même pathologie. Les soins itératifs ou protocolisés n'entrent pas dans ce dispositif. Une nouvelle demande dans ce délai relève des

conditions prévues par le texte, dont l'information du contrôle médical par le médecin traitant.

Deux suites diagnostiques sont distinguées : un bilan réalisé par un autre professionnel peut conduire à une consultation de synthèse ; des actes techniques nécessaires réalisés par le consultant peuvent être facturés selon leurs règles, sans ajouter une CS de synthèse. Les résultats doivent nourrir le courrier d'avis. Les consultations complexes ultérieures relèvent d'une dérogation limitée, non d'une autorisation générale de suivi.

Repères métropolitains : APC 60 €, APV 60 € avant indemnités éventuellement justifiées, APU 74 € pour les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) qui exercent encore à ce titre. Une ancienne activité hospitalière ne suffit pas pour coter APU.

Après une TE2 demandée par le médecin traitant, l'article 18 B prévoit un APC nécessaire dans les trois mois. L'APC ne se déduit pas automatiquement d'une téléexpertise demandée par un autre professionnel. Le cas des patients bénéficiaires de l'AME n'est pas tranché automatiquement par cet outil.

Références bibliographiques : NGAP du 01/09/2026, article 18 B, pages 77 à 80. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

04. Biopsie et consultation : la liste fermée des exceptions

Une consultation peut être associée à une des dix biopsies ci-dessous, la biopsie étant valorisée à 50 % de son tarif. La même liste est prévue pour l'APC, à condition que les critères de l'APC soient eux-mêmes réunis. Il ne s'agit pas de consultation + biopsie à taux plein.

La liste couvre la peau, le tissu sous-cutané superficiel, la paupière, la peau et le cartilage de l'oreille, le nez, la lèvre, l'aréole, le pénis et la vulve. Les biopsies unguéales QZHA002, QZHA003 et QZHA004 n'en font pas partie. Ni la biopsie buccale, ni celle des petites glandes salivaires, ni la biopsie anale ne doivent être ajoutées par analogie.

La consultation NGAP et la biopsie CCAM occupent des lignes séparées. Aucun code d'association CCAM n'est porté pour cette association NGAP/CCAM. Le taux de 50 % ne signifie donc pas qu'il faut inscrire le code association 2.

QZHA001 · QZHA005 · BAHA001 · CAHA001 · CAHA002 · GAHA001 · HAH002 · QEHA001 · JHHA001 · JMHA001

Références bibliographiques : CCAM III-3 A-6 et fin de III-3 B ; NGAP 18 B. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

05. Dépistage du mélanome et dermatoscopie

La CDE est une consultation dédiée au risque de mélanome, facturable une fois par an. Elle comprend les antécédents, les expositions solaires, l'examen cutané complet, la dermatoscopie des lésions suspectes, la prévention et l'autosurveillance, ainsi qu'une synthèse au médecin traitant. Son tarif métropolitain est de 60 €.

Le risque peut reposer sur un antécédent personnel ou familial de mélanome, un phototype I, des naevus nombreux, grands ou atypiques, ou des expositions solaires intenses. Ce dispositif ne transforme pas toute consultation avec examen d'un naevus en CDE.

QZQP001 est un acte technique distinct de surveillance dermatoscopique de patients à haut risque, avec formation spécifique et examen de l'ordre de trente minutes. Ne pas ajouter une consultation au même acte sans dérogation applicable. Une alternance CDE/QZQP001 doit correspondre à des soins effectivement distincts et à leurs conditions propres, pas à un calendrier tarifaire automatique.

QZQP001

Références bibliographiques : NGAP 15.2.1, page 42 ; fiche CCAM QZQP001. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

06. MCU, MOP et consultations très complexes

MCU : majoration de 15 € lorsque la consultation répond aux conditions de l'article 14.1.6, dans les quatre jours ouvrés suivant la sollicitation du médecin traitant, du médecin urgentiste d'un service autorisé ou du régulateur du Centre 15. Les tarifs opposables doivent être respectés. Le délai du texte actuel n'est pas « 96 heures ». Les majorations de permanence des soins ne se cumulent pas avec ce dispositif.

MOP : majoration de 5 € pour les consultations, visites ou téléconsultations des patients de plus de 80 ans dans les conditions de l'article 15.2.5. Elle vise les médecins de secteur 1 ou adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, lorsqu'ils interviennent auprès d'un patient ayant un autre médecin traitant, avec la dérogation prévue pour le généraliste en l'absence du traitant. Le respect ponctuel du tarif opposable ne rend pas automatiquement éligible un secteur 2 non-Optam.

MTX : majoration de 30 €, sous conditions, réservée au secteur 1 et aux médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Le motif médical est conservé au dossier (MIS, PIV, MAV ou MPB notamment) et le code agrégé MTX est transmis. Les majorations complexes et très complexes ne s'empilent pas entre elles.

MIS concerne notamment l'information initiale et l'organisation de la stratégie thérapeutique d'un cancer. PIV concerne l'infection par le VIH. MAV suppose un diagnostic déjà établi de vascularite systémique, ou une maladie auto-immune touchant les articulations ou les viscères. MPB, pour le dermatologue, vise le suivi initial d'un psoriasis sévère après initiation d'un anti-TNF alpha : elle n'est pas à étendre à tout médicament biologique ou anti-JAK. Les critères de parcours, de retour écrit et d'unicité doivent être respectés.

Références bibliographiques : NGAP 14.1.6, 15.2.5 et 15.9 ; annexe tarifaire. Les codes détaillés sont conservés dans le dossier médical. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

07. Téléconsultation et téléexpertise

La téléconsultation met le médecin en relation avec le patient. Pour le dermatologue, TCS correspond au cadre tarifaire du secteur 1, de l'Optam ou du respect des tarifs opposables par le secteur 2 non-Optam. Le code TC concerne le secteur 2 non-Optam lorsque les tarifs opposables ne sont pas respectés. TCS n'est donc pas remplacé par TC au seul motif qu'un adhérent Optam pratique un dépassement.

Repères métropolitains : TCS 30 € ; TC du spécialiste hors psychiatrie et neurologie, base 23 €. Les règles de parcours, de territorialité, de compte rendu et d'alternance avec le présentiel demeurent applicables. La MCS et les majorations d'urgence F, MM et MN de l'article 14 ne

s'ajoutent pas aux codes de téléconsultation.

La TE2 est un avis médical sollicité par un autre professionnel, avec consentement du patient, documents pertinents et compte rendu transmis au requérant et au médecin traitant. Elle vaut 23 € au tarif opposable, sans dépassement ni cumul avec un autre acte ou une majoration. La limite pour le médecin requis est de quatre actes par an pour un même patient ; la réponse doit intervenir dans les sept jours. La demande du requérant relève de RQD selon ses conditions propres.

Le plafond conventionnel d'activité à distance ne doit pas être déduit d'un simple résumé : il faut distinguer la téléconsultation de la téléexpertise et vérifier les exceptions de la convention applicable.

Références bibliographiques : NGAP 14.9.3 et 14.9.4 ; tarifs Ameli ; annexe tarifaire, mesures du 01/01/2026. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

08. Acte global, séances et compte rendu

Un acte CCAM comprend les gestes nécessaires à sa réalisation. Une procédure existante prime sur la facturation séparée de ses composants. Un geste déjà inclus, y compris sous une formule « avec ou sans », ne se facture pas une seconde fois. L'anesthésie locale et la fermeture habituelle doivent être appréciées dans ce cadre ; une reconstruction distincte exige sa propre justification et sa compatibilité.

Les gestes complémentaires et suppléments nécessitent l'acte principal et une association autorisée. Les gestes complémentaires sont valorisés à taux plein, mais entrent dans la limite générale des deux actes ; les suppléments autorisés peuvent être facturés en sus à taux plein.

Les actes intitulés « séance de » ne sont tarifables qu'une fois par vingt-quatre heures. Un libellé comportant un nombre, une surface ou la mention « plusieurs » doit couvrir la totalité du geste correspondant. Pour un acte « unilatéral ou bilatéral », la réalisation des deux côtés ne justifie pas deux cotations.

Le compte rendu précise l'indication, les sites, la technique, les mesures utiles, les résultats et les conclusions. La règle des quinze jours de suivi postopératoire décrite à l'article I-6 concerne le champ précis des interventions qui y sont définies ; elle ne se généralise pas sans examen à tout acte de cabinet.

Références bibliographiques : CCAM I-5 à I-13. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

09. Associer deux actes : vérifier avant de calculer

Avant toute addition, éliminer les associations incompatibles : même acte sur le même site dans les cas interdits, même finalité sur le même site, acte déjà inclus, double compte d'un nombre de lésions ou d'une surface. Deux codes différents ne garantissent pas deux actes associables.

Règle générale : au plus deux actes, le plus élevé hors modificateurs à 100 % (code 1), le second à 50 % (code 2). Les gestes complémentaires et suppléments suivent les précisions de l'article III-3 B.

Dérogation chirurgicale à 75 % (code 3) : deux actes de chirurgie sur deux membres différents, sur le tronc et un membre, ou sur la tête et un membre. La combinaison tête + tronc n'est pas dans cette liste. Une biopsie du nez associée à un shaving du tronc relève donc du taux de 50 %.

Les traumatismes multiples récents disposent d'une autre dérogation : jusqu'à trois actes, selon les taux 100 %, 75 % et 50 %. Ce régime ne s'étend pas aux exérèses ordinaires de plusieurs lésions.

Le code 4 ne signifie pas « tous les actes peuvent être associés à taux plein » : il correspond aux catégories dérogatoires expressément listées. Le code 5 concerne des temps différents et réellement discontinus le même jour, pour un motif médical ou dans l'intérêt du patient, justifié au dossier. Il ne sert pas à organiser artificiellement deux rendez-vous pour augmenter la facturation.

Le cumul consultation/acte technique reste interdit par principe, sauf exception précise. Pour les cumuls NGAP/CCAM autorisés, aucun code association CCAM ne doit être noté. Les situations particulières d'autres spécialités sont décrites dans le texte intégral et ne s'appliquent pas automatiquement au dermatologue.

Références bibliographiques : CCAM I-12 et III-3 A/B, annexe 2 ; version du 01/09/2026. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

10. FSD : un forfait soumis à des conditions propres

Le FSD est fixé à 45 € par l'annexe 4 du livre III. Il concerne la liste d'actes éligibles du livre II et leurs indications : ablation sous anesthésie locale d'un nævus cellulaire, d'une lésion hypodermique ou d'une tumeur cutanée maligne. Les fiches de PDT comportent également une mention spécifique : elle doit être lue avec les conditions propres à ces actes.

Un même praticien ou une même structure ne peut facturer le FSD qu'une fois par patient et par vingt-quatre heures, même si plusieurs actes éligibles sont réalisés. En établissement de santé, hors hospitalisation, seul l'établissement peut le facturer ; il ne se cumule pas avec une prestation d'hospitalisation. Au cabinet, contrôler le code, l'indication et les conditions de réalisation avant de l'ajouter.

La présente version le signale comme possibilité à vérifier et ne l'ajoute pas automatiquement au tarif. Il n'entre pas dans le cumul servant au seuil de participation pour acte lourd.

QZFA036 • QZFA031 • QZFA003 • QZFA004 • QZFA011 • QZFA035 • QZFA030 • QZFA002 • QZFA001 • QZFA005 • QZFA007 • QZNP086 • QZNP259

Références bibliographiques : CCAM, livre III, annexe 4, page PDF 205 ; notes du livre II pour les actes éligibles et la PDT. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

11. Modificateurs : des conditions, pas des options libres

Chaque modificateur doit être autorisé pour le code concerné et correspondre aux conditions réelles de réalisation. Il ne s'applique qu'à un acte tarifé, dans la limite de quatre modificateurs par acte. Les pourcentages s'appliquent chacun au tarif de base, sans majorations successives en cascade.

Pour l'urgence, choisir, selon la situation, un seul code parmi O, U, P, S et F. Pour un patient donné, un intervenant ne peut en facturer qu'un, même s'il réalise plusieurs actes. Une consultation simplement programmée le soir ou le dimanche n'est pas une urgence du seul fait de l'horaire.

J concerne une chirurgie répondant aux conditions de réalisation en équipe sur plateau technique lourd. R concerne certains actes de chirurgie plastique et ne s'ajoute pas automatiquement à tout geste du visage. Les droits à K ou T dépendent également de la spécialité et de la situation conventionnelle.

Les majorations NGAP ne s'appliquent pas aux actes CCAM et les modificateurs CCAM ne s'appliquent pas aux consultations NGAP. Ainsi, le modificateur U de la CCAM ne se reporte pas sur une CS.

Références bibliographiques : CCAM I-9, III-2 et III-3 A ; annexe 1 des dispositions CCAM. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

12. Remboursement, accord préalable et ALD

Pour un acte remboursable sous conditions, X atteste que les exigences de la nomenclature sont remplies ; il ne crée pas une dérogation libre. Si l'indication ou les conditions manquent, l'acte ne peut pas être présenté au remboursement sur cette base.

Pour un acte soumis à accord préalable, conserver la demande et la preuve de réception. Le délai de quinze jours court à compter de la réception de la demande complète ; les pièces manquantes décalent ce point de départ. L'urgence manifeste a une procédure spécifique, avec mention de l'urgence sur la demande.

La prise en charge à 100 % au titre d'une ALD ne concerne que les soins en rapport avec cette affection, dans les conditions du protocole. Elle n'efface pas automatiquement les dépassements et ne rend pas remboursable un acte qui ne l'est pas. Les obligations de tiers payant et les exonérations se vérifient à partir des droits du patient et du lien avec les soins.

La participation pour acte lourd est de 32 € depuis le 1er avril 2026 pour les actes relevant du dispositif, avec un seuil de 120 € ou un coefficient de 60. Les règles de cumul, les actes exclus et les exonérations doivent être appliqués. Le dispositif ne consiste pas à soustraire 32 € à tous les actes de chirurgie.

Références bibliographiques : CCAM I-4 ; Ameli, participation forfaitaire pour acte lourd, mise à jour du 31/03/2026. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

13. Remplir la feuille de soins sans mélanger les codes

Pour chaque acte CCAM, utiliser son code de sept caractères, l'activité et la phase adaptées. L'activité 1 correspond au geste principal ; l'activité 4 désigne l'anesthésie générale ou locorégionale dans le cadre prévu. En l'absence de phases distinctes, la phase est 0. Les emplacements de saisie dépendent du support ou du logiciel.

Renseigner les honoraires sur chaque ligne et non uniquement dans le total. Placer les modificateurs, le code association lorsqu'il est requis, puis l'indicateur de remboursement sous conditions selon les zones prévues. Le geste complémentaire ou le supplément suit son acte

principal.

Ne pas écrire de lettre-clé et coefficient NGAP dans la ligne d'un acte CCAM. Une feuille peut comporter les deux nomenclatures sur des lignes distinctes uniquement lorsqu'un cumul est autorisé. Une consultation et une biopsie éligible ne prennent pas de code association CCAM.

Les exemples fournis de 2005 illustrent le mécanisme de remplissage. Leurs montants, leurs seuils et leur liste d'exceptions ne constituent pas une référence tarifaire actuelle. Pour un acte non remboursable, utiliser une facture distincte : le code existant ne permet pas de reporter ses honoraires sur la feuille de soins (voir la rubrique dédiée à QZJB004).

QZJB004

Références bibliographiques : CCAM I-3, I-4 et III-3 ; documents CNAM de remplissage de 2005, conservés comme guides historiques. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

14. Lire un libellé jusqu'à ses notes

La lecture ne s'arrête pas au code. Les notes du chapitre, du sous-chapitre et de la subdivision s'appliquent aux actes qu'ils contiennent. Les indications, exclusions, exigences de formation, d'environnement et de matériel font partie du choix. Les informations affichées par la base V84 doivent être complétées par ces notes lorsqu'elles n'y sont pas reprises.

Le code comporte quatre lettres et trois chiffres. L'activité et la phase complètent l'identification : activité 1 pour l'opérateur principal, 2 ou 3 pour des activités supplémentaires prévues réalisées par un autre médecin, 4 pour l'anesthésie et 5 pour la circulation extracorporelle. Ce ne sont ni des coefficients de tarif ni des codes d'association.

Un acte interrompu se décrit par ce qui a réellement été réalisé. Une assimilation à un geste voisin mieux coté n'est pas libre : le mécanisme exceptionnel de l'article I-15 exige une pathologie inhabituelle, une demande motivée et l'intervention du contrôle médical.

Formulation	Conséquence pratique
« Un »	Un seul élément ; vérifier les autres libellés si plusieurs éléments sont traités.
« De » sans nombre	Le libellé peut couvrir un ou plusieurs éléments ; ne pas multiplier le code mécaniquement.
« Avec ou sans »	La variante est comprise dans le même acte.
« Et » / « ou »	Respecter respectivement la réunion des éléments ou l'alternative du libellé.
Nombre, surface ou bilatéralité	Choisir la tranche couvrant le geste total ; ne pas additionner ses composants.
« Séance de »	Au maximum une facturation par vingt-quatre heures.

Références bibliographiques : CCAM I-3, I-8, I-12, I-13 et I-15. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

15. QZJB004 : un code existant, des honoraires sur une facture distincte

QZJB004 décrit l'évacuation de kystes acnéiques et/ou de comédons par micro-incisions. C'est un acte codé dans la CCAM, distinct d'un acte absent de la nomenclature. Il est non pris en charge dans la base consultée ; ce statut ne signifie pas, à lui seul, que tout soin correspondant est esthétique.

Vous pouvez demander des honoraires pour cet acte non remboursable, avec information préalable du patient, mais vous ne devez pas inscrire le code et ces honoraires sur la feuille de soins destinée à l'Assurance maladie. La convention médicale, article 117-1, prévoit un support différent pour les prestations non remboursables. Une facture ou note d'honoraires peut identifier QZJB004, le geste réalisé, le montant et son caractère non remboursable.

Si un acte remboursable et un acte non remboursable sont réalisés pendant la même séance, seuls les soins remboursables justifiés figurent sur la feuille de soins. Les autres sont détaillés sur une facture séparée. Une consultation ne doit pas être ajoutée pour rendre indirectement remboursable le geste non pris en charge.

Un affichage « 0 € » ou une case de tarif vide n'est pas une preuve universelle de non-remboursement : il faut vérifier le statut du code, ses conditions et un éventuel financement forfaitaire. Ne pas transformer une absence de tarif de base en un dépassement sur la feuille de soins.

Situation	Support
Acte pris en charge, conditions réunies	Feuille de soins : cotation exacte et honoraires correspondants.
Acte CCAM non remboursable, dont QZJB004	Facture distincte avec information sur l'absence de remboursement.
Acte absent de la nomenclature	Facture distincte ; ne pas inventer un code par analogie.
Acte sous conditions, conditions non réunies	Ne pas porter X pour obtenir sa prise en charge.

QZJB004

Références bibliographiques : Convention médicale 2024-2029, article 117-1 ; principes généraux CCAM ; fiche QZJB004 de la base V84. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

16. Quand un médecin utilise encore la NGAP technique

La NGAP reste applicable aux actes cliniques et à certains champs maintenus : actes de biologie et d'anatomocytopathologie en laboratoire dans leur périmètre, chimiothérapie anticancéreuse, pratique thermale et actes communs avec les sages-femmes ou auxiliaires médicaux. La présence d'un acte dans les tableaux NGAP ne suffit pas à autoriser sa cotation par tout médecin.

Pour un acte partagé, s'il existe en CCAM, le médecin utilise la CCAM. S'il n'existe pas en CCAM, la présentation de la NGAP prévoit la lettre K et le coefficient correspondant à l'acte. Les conditions de compétence, réalisation personnelle, prescription éventuelle et cumul restent nécessaires. Les lettres AMI, AMX, AMP ou AMK ne deviennent pas les lettres de cotation du dermatologue.

Par exemple, les anciennes lignes de prélèvements histologiques ne permettent pas de remplacer une biopsie CCAM par un K pour contourner les règles d'association. Les honoraires de l'examen anatomopathologique effectué par le laboratoire sont distincts de ceux du prélèvement effectué par le dermatologue.

Pour la prescription de pansements infirmiers, la NGAP du 1er septembre 2026 accepte la mention « jusqu'à cicatrisation » pour trois mois au maximum. Si le prescripteur fixe une durée, celle-ci s'impose. Cette précision concerne les pansements courants, lourds et complexes et les soins de plaies du patient insulino-traité concernés.

Références bibliographiques : NGAP, présentation pages 2 et 94 ; titre XVI, pages 166-167 et 185. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

17. Soins consécutifs : distinguer NGAP et CCAM

En CCAM, l'acte global inclut les gestes nécessaires. Les soins préopératoires, peropératoires et le suivi postopératoire de quinze jours sont inclus pour les actes thérapeutiques non répétitifs réalisés en équipe sur plateau technique lourd, sous les conditions de l'article I-6. Cette définition ne doit pas être réduite à « toute chirurgie = quinze jours » pour les gestes de cabinet.

Pour les actes qui restent facturés en NGAP, l'article 8 définit un autre régime : les coefficients au moins égaux à 15 sont globaux, avec vingt jours de soins postopératoires en hospitalisation et dix jours sans hospitalisation. Le texte prévoit le relais possible par un autre praticien. Ces durées NGAP ne s'importent pas dans la CCAM.

Pour un acte NGAP isolé de coefficient inférieur à 15, les soins consécutifs sont cotés à part. Une consultation suppose néanmoins un examen médical réel. Une nouvelle intervention pour modification de l'état ou affection intercurrente relève des articles 9 et 10 ; conserver sa justification.

Références bibliographiques : CCAM I-6 ; NGAP articles 8, 9, 10 et 15. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

18. Soins non programmés : identifier l'adresseur et l'horaire

Une urgence, une demande rapide et un rendez-vous non programmé correspondent à des dispositifs différents. Conserver l'adresseur, la date de sollicitation, la date et l'heure des soins et le motif médical. Le respect des délais ne suffit pas sans les autres conditions du dispositif.

Les majorations NGAP restent attachées à la consultation ou à la visite. Les modificateurs d'urgence CCAM suivent leurs propres définitions et les droits du code technique. L'ouverture du cabinet en soirée ne crée pas automatiquement une urgence.

Dispositif	Conditions principales
MCU : 15 €	Consultation sous quatre jours ouvrés ; adresseur autorisé par 14.1.6 ; tarif opposable ; pas de majoration PDSA.

Dispositif	Conditions principales
SNP : 15 €	Patient adressé par le régulateur SAS, médecin correspondant non traitant, sous 48 heures ; au plus vingt par semaine. Respecter les exclusions de 14.1.3.
SHE : 5 €	En sus de SNP ou MRT, soins entre 19 h et 21 h selon le dispositif ; ne concerne pas le psychiatre.
MHP : 5 €	Consultation ou visite non programmée hors régulation aux horaires de PDSA, tarif opposable ; exclusions de 22-4.
Nuit ou dimanche en NGAP	Urgence au sens de l'article 14 ; nuit entre 20 h et 8 h, appel entre 19 h et 7 h.
Urgence CCAM	Acte non prévu huit heures auparavant, pour affection ou suspicion mettant en jeu la vie ou l'intégrité de l'organisme, avec mobilisation rapide des ressources.

Références bibliographiques : NGAP 14, 14.1.3, 14.1.6 et 22-4 ; CCAM III-2 ; annexe tarifaire fournie. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

19. Handicap : consultation adaptée et dossier MDPH

L'article 15 permet une consultation d'accoutumance ou une consultation avec examen différé pour une personne handicapée lorsque la situation le nécessite. Documenter la difficulté, le contenu de la séance et l'adaptation réalisée.

MPH, facturée sous le code agrégé CCE, ne rémunère pas tout formulaire. Elle vise notamment la première constitution complète du dossier MDPH, avec évaluation clinique et autonomie. Un renouvellement ordinaire, un simple volet médical ou les seuls formulaires ORL/ophtalmologiques ne suffisent pas. Le motif reste au dossier ; la facturation et ses limites suivent l'article 15.9.

Le même article distingue aussi le passage entre ancien et nouveau médecin traitant d'un patient avec handicap sévère et la demande d'APA. L'APA ne se cumule pas avec GL3 pour le même objet. Ces situations ne permettent pas de facturer les consultations longues GL1-GL3 comme une consultation spécialisée courante.

Références bibliographiques : NGAP articles 15 et 15.9, pages 39-40 et 66-68 ; annexe tarifaire, mesures 2026. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Repères par famille d'actes

Biopsies et prélèvements

Peau ou tissu sous-cutané, profondeur, puis région spécialisée. Pour l'ongle, distinguer tablette/lit/repli, matrice au punch et biopsie latérolongitudinale. La technique réellement utilisée prime sur le tarif.

QZHA001 · QZHA005 · QZHA003 · QZHA002 · QZHA004 · HKHA001 · HAHD003 · HCHA002

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Cryothérapie et électrocoagulation

Choisir la technique, le visage ou une autre région et le nombre total de lésions. La cryothérapie distingue 1-10, 11-50 et 51 ou plus selon les codes ; l'électrocoagulation distingue 1-5 et 6 ou plus. Verrue, papillome et kératose séborrhéique sont des entrées de recherche, pas une validation de prise en charge.

QZNP004 · QZNP012 · QZNP005 · QANP007 · QANP005 · QZNP013 · QZNP025

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Condylomes, anus et organes génitaux

Vérifier les codes anatomiques spécifiques avant les codes cutanés génériques : lésions périnéales, gland/prépuce, vulve, région anale ou canal anal. Le nombre de lésions et la surface peuvent changer le code. Distinguer destruction, exérèse, papillomatose extensive et tumeur du canal anal.

JZNP002 · JZNP001 · JZNP003 · JHNP001 · JMFA002 · JHFA015 · HKFA008 · HKND001 · HKFA001 · HKFA007 · HKPA006 · EGJA001 · EGFA007

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Exérèse superficielle et sous-cutanée

Pour la peau, préciser la surface et le nombre de zones ; pour les lésions susfasciales, le grand axe et le nombre. Une exérèse fasciale ou sousfasciale relève d'une autre famille. Ne pas ajouter séparément la fermeture simple déjà comprise dans le geste.

QZFA036 · QZFA031 · QZFA003 · QZFA004 · QZFA011 · QZFA035 · QZFA030 · QZFA002 · QZFA007 · QZFA024 · QZFA001 · QZFA005 · PDFA001

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Curetage, shaving et molluscums

Distinguer curetage et exérèse tangentielle. Employer le libellé correspondant au nombre total ; les molluscums ont leurs propres seuils. Les bornes « 6 ou plus » et « 21 ou plus » incluent respectivement 6 et 21.

QZFA028 · QZFA021 · QZFA013 · QZFA022 · QZFA010 · QZFA015

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Plaies, corps étrangers et collections

La topographie, la profondeur, la longueur, le nombre et la voie d'abord sont déterminants. Une ponction transcutanée n'est pas une incision. Un nettoyage de comédons n'est pas assimilable à un drainage d'abcès. Pour les corps étrangers, distinguer notamment face/main et autres régions, superficiel et profond, unique et multiple.

QZJA002 · QZJA016 · QZJA017 · QZJA012 · QZJA015 · QAJA013 · QAJA004 · QAJA005 · QAJA006 · QAJA002 · QAJA012 · QZJB002 · QZJA009 · QZJA011 · QAPA002 · QBPA001 · QZGA004 · QAGA003 · QZGA003 · QAGA004

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Greffes, lambeaux et chirurgie micrographique

Préciser le tissu, la surface, le site donneur/receveur et le type de reconstruction. Le nez possède des libellés spécifiques. Une exérèse ordinaire n'est pas une chirurgie de Mohs ; ne retenir la famille micrographique que lorsque ses exigences sont effectivement remplies.

QZEA031 · QZEA024 · QZEA006 · QZEA032 · QZEA019 · QZEA026 · QZMA001 · QAMA002 · GAMA018 · GAMA012 · GAMA002 · GAMA014 · GAMA006 · QZFA008 · QZFA033 · QZFA026

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Nez, paupières, oreille, lèvres et bouche

Utiliser les codes régionaux adaptés : caractère transfixiant ou non, atteinte du bord libre, lésion unique ou multiple, muqueuse ou peau, taille et reconstruction. Le FSD dépend de l'indication et du code ; la présence d'un xanthélasma dans une rubrique ne suffit pas à le déclencher.

GAFA007 · GAFA005 · GAFA003 · GAFA001 · BAFA006 · BAFA005 · BAFA012 · BAFA013 · CAFA002 · CAFA005 · CAFA006 · CAMA022 · CAMA019 · HAFA008 · HAFA020 · HAFA011 · HAFA015 · HAFA032 · HAND002 · HAND004

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Lasers ablatifs et verrues

Différencier CO₂ continu, CO₂ impulsionnel ou scanérisé et erbium:YAG. Les seuils portent selon les actes sur le nombre ou la surface. Vérifier l'accord préalable, l'indication et les limites de répétition ; une technique voisine ne justifie pas un code différent.

QZNP026 · QZNP018 · QCNP003 · QCNP002 · QCNP001 · QZNP020 · QZNP003 · QZNP011 · QZNP007 · QANP001 · HANP001

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Lasers pigmentaires et vasculaires

Séparer les familles pigmentaire et vasculaire, préciser la surface et l'indication. Pour les angiomes plans, le supplément dépend de l'équipement effectivement utilisé et des conditions du code ; il ne s'étend pas automatiquement à toute lampe flash ou tout laser vasculaire. Respecter les conditions d'âge et d'intervalle lorsqu'elles figurent dans la fiche.

QZNP023 · QZNP016 · QZNP008 · QZNP010 · QZNP001 · QZNP024 · QZNP021 · QZNP002 · QZNP019 · QZNP009 · QZNP015 · QZNP017 · YYYY067 · YYYY085

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Épilation, dermabrasion et peeling

Les indications pathologiques et les conditions de remboursement doivent être établies. L'épilation de convenance n'est pas rendue remboursable par un code laser. Pour la dermabrasion ou l'exfoliation, la profondeur, la surface et l'accord préalable éventuel sont déterminants.

QZNP027 · BANP004 · QZNP029 · QZNP028 · QZNP030 · QZNP006 · QANP006 · QANP008 · QANP009 · QANP003 · QANP002 · QANP004

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Photothérapie, photobiologie et PDT

Distinguer UV localisés ou corporels, balnéopuvathérapie et photothérapie dynamique. Vérifier les indications, l'accord préalable et les plafonds de séances. En PDT, utiliser la surface totale de la zone traitée et les indications du photosensibilisant. Une annonce de prise en charge future d'un phototest ne vaut pas prise en charge actuelle.

QZRP002 · QZRP003 · QZRP005 · QZRP004 · QZQP002 · QZRP001 · QZNP086 · QZNP259

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Ongles, cheveux, main et pied

Distinguer évacuation d'hématome, avulsion de tablette, exérèse partielle ou totale de l'appareil unguéal et réparation du lit. La greffe de cheveux est soumise à des indications spécifiques ; l'alopecie androgénétique ne se confond pas avec une alopecie cicatricielle éligible. Vérifier les codes spécifiques du panaris et des kystes articulaires.

QZJB001 · QZMP001 · QZJA022 · QEZA008 · QZFA020 · QZFA039 · QZFA029 · QAQP001 · QAEA001 · QAEA005 · QAEA007 · MJPA010 · MHFA002 · NGFA002

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Allergologie et explorations

Choisir entre patch-tests standards, orientés ou combinés, prick-tests et intradermoréactions. Le produit testé, les concentrations et les précautions de préparation font partie des conditions. Une exploration chirurgicale de la peau et des tissus mous est distincte de ces tests.

FGRP007 · FGRP003 · FGRP005 · FGRB003 · FGRB004 · FGRB005 · FGRB002 · FGRB001 · QZQA001

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Hyperhidrose, ulcères et phlébologie

Pour la toxine axillaire, documenter la sévérité, la résistance aux traitements locaux et le retentissement requis ; vérifier l'accord préalable. Pour la détersion, contrôler l'anesthésie et additionner les surfaces quand la note le prévoit. La contention EQBP001 est limitée à deux facturations par semaine. Distinguer sclérose de varices et sclérose de varicosités non prise en charge.

QCLB222 · QZLP001 · QZJP001 · QZJP003 · QZJP002 · EQBP001 · EJNF002 · EPNF001 · EPJB015

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Cicatrices, comblement, sein et évaluation psychique

Le relèvement de cicatrices, les microgreffes et certaines dermopigmentations peuvent être décrits mais non pris en charge. Le comblement QZLB002 a une indication particulière de lipoatrophie et des exigences de formation et de recueil ; il n'est pas un code de comblement esthétique remboursable. ALQP003 exige une évaluation structurée, non la seule évocation d'une humeur dépressive.

QZEA034 · QZEA009 · QAEA015 · QAEA014 · QZEA044 · QZEA900 · QZEA901 · QZLB002 · QEMB001 · BAMB001 · HAMB001 · ALQP003

Références bibliographiques : CNAM, CCAM V84, libellés et notes des actes cités. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Points de vigilance

MCU : le délai

Consultation dans les quatre jours ouvrés suivant la sollicitation (et non « 96 heures »), par un adresseur prévu au texte, au tarif opposable.

Référence : NGAP 14.1.6 et annexe tarifaire.

Association à 75 %

Réservée à deux actes de chirurgie sur deux membres différents, un membre et le tronc, ou un membre et la tête. Tête + tronc n'en fait pas partie.

Référence : CCAM III-3 B-2-a : sinon, second acte à 50 %.

APC et AME

La possibilité de coter un APC pour un patient bénéficiaire de l'AME n'est pas tranchée par l'outil.

Référence : À confirmer auprès de la caisse avant facturation.

FSD et totaux

Le FSD (45 €) s'ajoute une fois par 24 h, seulement pour les actes et indications éligibles.

Référence : Vérifier le tarif de chaque acte et l'éligibilité avant de calculer un total.

Modificateur J

Majoration de 6,5 % réservée à la chirurgie réalisée dans les conditions prévues.

Référence : Aucun ajout automatique.

Bornes des libellés

Nombre de lésions et surfaces : les bornes du libellé officiel font foi.

Référence : Lire le libellé complet plutôt qu'une abréviation.

Participation pour acte lourd

32 € depuis le 1er avril 2026, seuil de 120 € ou coefficient 60.

Référence : Appliquer les exonérations et les règles de cumul.

Guides de 2005 et 2011

Anciens seuils, forfaits, tarifs et listes de cumuls.

Référence : Intérêt pédagogique seulement : leurs chiffres ne sont pas des tarifs actuels.

Références bibliographiques : Dispositions CCAM, NGAP et fiches V84 ; références détaillées dans les rubriques correspondantes. Corpus complet [R1-R9] détaillé en fin de guide.

Références bibliographiques

[R1] CNAM. Classification commune des actes médicaux - CCAM V84

Base des libellés, codes et tarifs utilisée par le moteur ; date d'effet indiquée dans la base : 31 juillet 2026.

[Consulter la source](#)

[R2] Assurance Maladie. Liste des actes et prestations - règles de cotation CCAM, livres I et III

Version du 1er septembre 2026, 217 pages. Document fourni :
LISTE_DES_ACTES_ET_DES_PRESTATIONS_-1er_sept_2026.pdf.

[R3] Syndicat national des dermatologues-vénéréologues (SNDV). CCAM pour les dermatos

Livret de référence de la spécialité, à consulter pour le détail des actes dermatologiques.

[R4] Assurance Maladie. Nomenclature générale des actes professionnels - NGAP

Version du 1er septembre 2026, 229 pages.

[R5] Annexe 1 - Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires

Document fourni : ANNEXE 1-NGAP_VDF.pdf, 16 pages ; tableaux successifs à lire selon leurs dates d'application.

[R6] Assurance Maladie. Remplir la feuille de soins en CCAM

Guide fourni : remplir_feuille_soins_en_ccam_01.pdf, 9 pages, 2005. Les exemples tarifaires sont historiques.

[R7] Assurance Maladie. Dépliant CCAM

Document fourni : dépliant_ccam_v2_01.pdf, 2 pages. Document pédagogique historique ; ne vaut pas mise à jour des tarifs.

[R8] Assurance Maladie. CCAM - Principes généraux

Mars 2011, 4 pages. Document fourni : CCAM-Principes_generaux_mars2011.pdf.

[R9] Convention médicale 2024-2029, article 117-1

Référence complémentaire concernant les supports de facturation des actes non remboursables.

[Consulter la source](#)

Périmètre des références

Les codes et tarifs affichés dans la recherche restent ceux de la CCAM V84. Les dispositions générales citées sont datées du 1er septembre 2026. Les guides anciens servent à expliquer le remplissage ; leurs tarifs ne remplacent pas les versions applicables. Les points non résolus sont indiqués dans la rubrique correspondante.