

Révisiez les bases de la facturation

Médecins généralistes, spécialistes et secrétaires : tout comprendre sur le contexte de facturation, les cotations d'actes et le paiement

Janvier 2023



Édito

Depuis le premier jour, Doctolib s'est fixé trois missions :

- Améliorer le quotidien des personnels de santé
- Améliorer l'accès aux soins et la santé des patients
- Bâtir une équipe d'entrepreneurs partageant des valeurs humanistes

Nous sommes toujours guidés par ces trois missions dans ce que nous construisons. C'est pour cette raison que nous avons lancé en mars 2021 notre logiciel médical nouvelle génération. Doctolib Médecin vous permet de réduire votre temps passé sur les tâches administratives, en particulier sur la facturation grâce à une cotation fluide de vos actes et une télétransmission en un clic.

Néanmoins, la facturation reste souvent un sujet obscur de par la diversité de cas rencontrés par chaque médecin.

C'est pourquoi, nous avons rédigé ce guide alliant théorie et pratique sur la facturation avec Doctolib Médecin. Vous y retrouverez des explications précises sur l'ensemble des éléments qui constituent une facture : le contexte de facturation, la cotation d'actes, et le paiement.

Nous espérons que ce guide vous permettra de répondre à la plupart des questions que vous rencontrez et qu'il vous permettra de voir les points clés d'une facturation réussie dans Doctolib Médecin.



Les experts



Docteur Fabrice RIVETTA
Médecin généraliste à Brandérion (56)



Docteur Mathieu TAFFIN
Médecin généraliste à Comines (59)



Benoît ROUSSEAU
Consultant réglementaire santé



Eric CHAUVET
Responsable Projet Facturation Doctolib Médecin



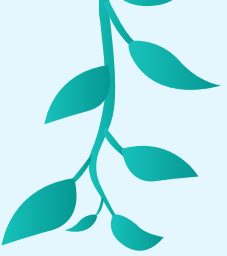
François PICHARD
Senior Manager Produit Facturation Doctolib Médecin



Mathilde GRONDIN
Responsable du Centre d'Aide Doctolib Médecin



Sommaire



01

Le contexte de facturation

Le contexte de facturation comprend trois éléments importants : le contexte de réglementation, les droits du patient et le contexte de parcours de soins. Avant d'aller plus loin, rappelons les différents modes de facturation qui vous permettront de faire le lien avec certains éléments abordés :

- Le mode SESAM-Vitale : facturation avec la Carte Professionnel de Santé, la carte Vitale du patient et l'émission de l'appel ADRI ;
- Le mode dégradé / mode SESAM sans-Vitale : facturation avec la CPS, sans la carte Vitale du patient mais avec l'émission de l'appel ADRI ;
- Le mode désynchronisé : facturation avec la Carte Professionnelle d'Établissement, avec ou sans la carte Vitale du patient et l'émission de l'appel ADRI.



Le contexte de réglementation

Qu'est ce que le contexte de réglementation ?

Le contexte de réglementation correspond à la situation de facturation du patient (maladie, accident du travail, maternité ou soins médicaux gratuits). Il impacte directement la part de remboursement de l'Assurance Maladie (part AMO) et plusieurs éléments sont à saisir pour pouvoir valider une facture.

	Maladie	Maternité	Accident du travail / Maladie professionnelle	Soins médicaux gratuits
Part de remboursement par défaut	70%	100	100%	100%
Saisie d'éléments complémentaires	Répondre à la question de droit commun ou de vie privée. Si oui, renseigner la date de l'accident	Saisir la date de maternité qui correspond à la date présumée du début de grossesse. Si la patiente arrive à son rendez-vous 12 jours après avoir accouché, modifier le contexte de réglementation en "maladie" par exemple	La feuille Accident du Travail (AT)/Maladie professionnelle (MP) doit être présentée dans la plupart des cas par le patient afin de vous permettre de saisir : la date de l'AT, l'organisme gestionnaire de l'AT et le numéro AT. La carte Vitale ou l'appel ADRI peuvent récupérer automatiquement ces informations uniquement si l'accident du travail a été enregistré par l'Assurance Maladie.	Saisir le champ Prise en charge SMG correspondant au montant de la PEC.

Disponible sur Ameli.fr et sur notre Centre d'Aide

Pour tout complément d'information concernant les accidents du travail ou maladies professionnelles, vous pouvez consulter les articles :

- [Les avis d'arrêts de travail et les certificats AT/MP évoluent au 7 mai 2022 sur Ameli.fr](#)
- [Facturer un acte dans le cadre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sur notre Centre d'Aide](#)



01

LE CONTEXTE DE FACTURATION

02

LA PRESTATION

03

LE PAIEMENT

7

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Le contexte de réglementation doit toujours être renseigné pour valider une facture. En revanche, il peut être dans certains cas renseigné automatiquement grâce à la carte Vitale ou l'appel ADRI.

Si besoin, il est tout à fait possible de le mettre à jour manuellement en cliquant directement sur le champ situé dans la section "Contexte de facturation".

Monsieur
STANDARD
Guy

H, 01/01/1974 (49 ans)

MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)

NIR Assuré : 250196264300268

NIR Bénéficiaire : 174017510500188

Support AMO : Carte Vitale 10/01/2023

Date de début/fin : -

Qualité : Autre ayant-droit

Caisse : 349 - 9881

Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

Hypertension artérielle essenti...

COVID-19

Antécédents chirurgicaux

Appendicectomie

Allergies

Pollen

Mode de vie

Mémo

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Fermer le dossier patient

Feuille de soins électronique

CABINET DR Cardiologie03 N° de facturation : 99101032

Contexte de facturation

Forçage

Tout éditer

Contexte

Maladie

T - Médecin Traitant

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?

Oui

Non

Prestation

Sauvegarder comme modèle

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient
Aucun acte saisi						

Paieement

FACTURE EN COURS

Tiers payant

TP AMO

Ajouter une complémentaire

ANNULER

VALIDER

Les droits du patient

Mon patient est-il pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie ?

Dans la majorité des cas, la Sécurité sociale ne prend en charge qu'une partie des dépenses de santé des patients, souvent 70 %. Toutefois, selon leur situation, certaines personnes sont couvertes à 100 % par l'Assurance Maladie :

- Les malades atteints d'affections de longue durée (ALD) pour tous les soins en rapport avec leur maladie (le suivi post-ALD n'entre pas dans ce périmètre) ;
- Les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse ;
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire - C2S ou CSS (ex CMU-C et ACS) ;
- Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME) ;
- Les victimes d'attentat pour les soins médicaux en lien avec cet événement ;
- Les migrants de passage

Disponible sur notre Centre d'Aide

Dans le cas où l'appel ADRI ne répond pas ou que les informations de couverture du patient ne semblent pas à jour, vous pouvez consulter cet article ["Forcer l'ALD ou la C2S"](#) ou celui-ci ["L'appel ADRI ne trouve pas les informations d'un patient en AME, que faire ?"](#)

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Les droits du patient sont récupérés grâce à la carte Vitale ou à l'appel ADRI. Ils impactent la part de remboursement de l'Assurance Maladie, autrement dit la part AMO dans Doctolib Médecin. Les droits du patient sont visibles dans un champ gris situé dans la section "Contexte de facturation".

Madame
GONZALEZ Beatrice
né(e) MARECHAL
F, 1986 (Jour et mois inconnus)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 274017510500237
Support AMO : Carte Vitale 21/11/2022
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE ALD

Antécédents médicaux

- Cancer du sein chez la femme
- Hypertension artérielle essent...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

- Tumorectomie du sein

Allergies

- Pollen

Mémo

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Feuille de soins électronique

CABINET DR MedecineGenerale01 N° de facturation : 99101031

Contexte de facturation

ALD

Les soins sont-ils conformes au protocole ALD ?

☒ Oui ☐ Non

Contexte

Maladie

Sélectionner un parcours de soins

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?

☐ Oui ☐ Non

Prestation

Sauvegarder comme modèle

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient	ALD
Aucun acte saisi						

ANNULER VALIDER

Le parcours de soins

Qu'est ce que le parcours de soins coordonnés ?

Le parcours de soins coordonnés est une réforme de 2004 permettant à chaque assuré social de plus de 16 ans de désigner un médecin généraliste comme médecin traitant, qui coordonnera son parcours de soins. La part de remboursement de la Sécurité sociale est directement impactée par le respect ou non de ce parcours de soins.

En cas de non-respect du parcours de soins, les assurés s'exposent à des majorations financières. Par exemple, si un patient consulte un médecin généraliste autre que son médecin traitant en dehors d'une urgence et aux alentours de son domicile, la part de remboursement de l'Assurance Maladie sera pour une consultation à 25€ non plus de 70 % mais de 30 %. La part de remboursement de la complémentaire santé sera également moindre voire même inexistante.

En conséquence, pour chaque feuille de soins saisie, vous devez toujours ajouter un des indicateurs ci-dessous dans le contexte de parcours de soins :

- T : Médecin Traitant (MT)
- R : Médecin traitant de substitution
- H : Hors résidence habituelle
- N : MT non déclaré / Nouveau MT
- U : Urgence

- O : MT déclaré / Patient orienté par un MT
- M : Patient orienté par un autre médecin que le MT
- J : Généraliste récemment installé
- B : Médecin installé en zone sous-médicalisée
- D : Accès direct spécifique
- S : Hors accès direct spécifique / Non-respect du parcours
- Exclusion du parcours de soins

Sont concernés : l'ensemble des assurés sociaux et leurs ayants droit âgés de 16 ans ou plus, y compris les bénéficiaires de la C2S/CSS qui se doivent de déclarer un médecin traitant auprès de l'Assurance Maladie. Néanmoins, il existe des cas d'exclusion du parcours de soins selon :

- le statut du bénéficiaire : s'il est âgé de moins de 16 ans à la date des soins, s'il est migrant de passage (n° d'immatriculation commençant par 5 ou 6), s'il est affilié à la caisse de l'Assurance Maladie de Mayotte (976) ou s'il est bénéficiaire de l'AME.
- la prestation ou l'acte réalisé : comme les urgences, les actes de dépistage organisés dans le cadre de campagne contre le cancer, les interruptions volontaires de grossesse, les soins palliatifs, les actes anatomo-pathologistes.
- la spécialité du médecin : comme les chirurgiens-dentistes, les stomatologues, les gynécologues, les ophtalmologues, les sages-femmes.





Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Excepté pour les enfants de moins de 16 ans qui sont exclus automatiquement du parcours de soins, vous devez saisir le contexte parcours de soins pour chaque nouveau patient. Cette information sera ensuite conservée et le champ automatiquement pré-rempli pour les prochaines factures du patient.

Néanmoins, il est tout à fait possible de mettre à jour le parcours de soins manuellement en cliquant directement sur le champ gris situé dans la section "Contexte de facturation".

Monsieur

STANDARD

Guy

H, 01/01/1974 (49 ans)

MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)

NIR Assuré : 250196264300268

NIR Bénéficiaire : 174017510500188

Support AMO : Carte Vitale 10/01/2023

Date de début/fin : -

Qualité : Autre ayant-droit

Caisse : 349 - 9881

Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

Hypertension artérielle essenti...

COVID-19

Antécédents chirurgicaux

Appendicectomie

Allergies

Pollen

Mode de vie

Alcool : non

Mémo

Ouvrir

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Fermer le dossier patient

Feuille de soins électronique

CABINET DR Cardiologie03 N° de facturation : 99101032

Contexte de facturation

Forçage Tout éditer

Contexte

Maladie

O - Patient orienté par son Médecin Traitant

Prénom du médecin qui a orienté le patient ?

Thierry

Nom du médecin qui a orienté le patient ?

Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?

Oui

Non

Prestation

Sauvegarder comme modèle

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient
Aucun acte saisi						

ANNULER

VALIDER

La prestation

La section "Prestation" dans Doctolib Médecin fait référence à la cotation d'actes médicaux (NGAP) ou techniques (CCAM) lors de la facturation.

Votre secteur de conventionnement (secteur 1, secteur 2, secteur 2 avec OPTAM, ou secteur 3 (non conventionné)) qui est récupéré grâce à votre carte CPS et votre caisse de rattachement qui est paramétrée dans votre structure de facturation impactent directement la configuration d'un acte et son montant.

Par exemple, entre la métropole et les DOM-TOM, le montant des actes diffère et nous sommes capables techniquement de déterminer qu'un praticien exerce dans les DOM-TOM grâce à sa caisse de rattachement et son secteur de conventionnement. Le montant des actes s'adapte alors dans Doctolib Médecin.



Les nomenclatures par type d'actes

Les caractéristiques des actes NGAP et des actes CCAM

Il existe deux types d'actes : les actes cliniques NGAP et les actes techniques CCAM.

	NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels)	CCAM (Classification commune des actes médicaux)
Type d'acte	Actes cliniques / médicaux	Actes techniques
Code acte	4 caractères maximum (exemple : G, GS, ...)	7 caractères
Complément tarifaire	Code complément (N : Nuit, F : Férié ...)	Modificateur (P : Urgence de 20h à 00h, S : de 00h à 8h00, F : Férié)
Code association	Inexistant	Si plusieurs actes : 1 : 100% 2 : 50% 3 : 75% 4 : 100% actes spécifiques

Les principaux actes des médecins généralistes

Si vous ne connaissez pas le code de l'acte NGAP ou CCAM que vous devez facturer, nous mettons à votre disposition ci-dessous une liste des principaux actes utilisés par les médecins généralistes.

Description	Secteur 1 Secteur 2 OPTAM	Secteur 2 sans OPTAM
Consultation ou téléconsultation	G ou GS (selon vos habitudes) : 25€ TCG : 25€	C ou CS : 23€ TC : 23€
Consultation par le médecin traitant adressant le patient à un spécialiste dans les 48h Dépassements d'honoraires non autorisés	G(S) + MUT : 30€	C(S) + MUT : 28€
Consultation ou téléconsultation enfant de 0 à 6 ans	G(S) + MEG : 30€ TCG + MEG : 30€	C(S) + MEG : 28€ TC + MEG : 28€
Test antigénique Covid / RT-PCR	C 1,50 + exonération 3 : 34,50€	C 1,50 + exonération 3 : 34,50€
Test antigénique Covid positif	C 1,50 + exonération 3 + MIS + exonération 3 : 64,50€	C 1,50 + exonération 3 + MIS + exonération 3 : 64,50€
Vaccination Covid seule Dépassements d'honoraires non autorisés	INJ : 9,60€	INJ : 9,60€

Description	Secteur 1 Secteur 2 OPTAM	Secteur 2 sans OPTAM
Vaccination Covid avec consultation	VAC : 25€	VAC : 25€
Dépassements d'honoraires non autorisés		
Consultation Obligatoire Enfant dans les 8 jours qui suivent sa naissance, au cours du 9 ou 10e mois, et au cours du 24 ou 25e mois	COE : 46€	COE : 46€
Dépassements d'honoraires non autorisés		
Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles	CCP : : 46€	CCP : : 46€
Dépassements d'honoraires non autorisés		
Consultation Suivi de l'Obésité réalisée par le médecin traitant pour les enfants de 3 à 12 ans en risque d'obésité	CSO : 46€	CSO : 46€
Ne peut être facturé que 2 fois par an		
Dépassements d'honoraires non autorisés		
Électrocardiogramme	G(S) + DEQP003 : 39,26€	C(S) + DEQP003 : 36,52€
Frottis Cervico-Vaginal	G(S) + JKHD001 : 37,46€	C(S) + JKHD001 : 32,64€
Test d'évaluation d'une dépression	ALQP003 : 69,12€	ALQP003: 69,12€

Les nomenclatures par type d'actes

Les caractéristiques des actes NGAP et des actes CCAM

Il existe deux types d'actes : les actes cliniques NGAP et les actes techniques CCAM.

	NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels)	CCAM (Classification commune des actes médicaux)
Type d'acte	Actes cliniques / médicaux	Actes techniques
Code acte	4 caractères maximum (exemple : G, GS, ...)	7 caractères
Complément tarifaire	Code complément (N : Nuit, F : Férié ...)	Modificateur (P : Urgence de 20h à 00h, S : de 00h à 8h00, F : Férié)
Code association	Inexistant	Si plusieurs actes : 1 : 100% 2 : 50% 3 : 75% 4 : 100% actes spécifiques

Les principaux actes des pédiatres

Les examens systématiques de l'enfant et les dépistages

Description	Secteur 1 Secteur 2 OPTAM	Secteur 2 sans OPTAM
Consultation obligatoire de l'enfant dans les 8 jours qui suivent sa naissance, au cours du 9 ou 10e mois, et au cours du 24 ou 25e mois	COE : 46 € Dépassements d'honoraires non autorisés.	COE : 46 € Dépassements d'honoraires non autorisés.
Consultation obligatoire de l'enfant entre 0 et 2 ans 1 examen la 1ère année à 13 ou 14 jours, entre 2 semaines et 1 mois, puis à 1, 2, 3, 4, 5, 11 et 12 mois 1 examen entre 16 et 18 mois	COH : 37€ S2 avec OPTAM au tarif opposable ou avec dépassements d'honoraires.	COJ : 33€ Dépassements d'honoraires autorisés.
Consultation obligatoire de l'enfant entre 2 et 6 ans 1 examen annuel l'année des 2, 3, 4 et 5 ans de l'enfant	COK : 32€ S2 avec OPTAM au tarif opposable ou avec dépassements d'honoraires.	COA : 23€ Dépassements d'honoraires autorisés.



Description	Secteur 1 Secteur 2 OPTAM	Secteur 2 sans OPTAM
Consultation obligatoire de l'enfant entre ses 8 et 16 ans par le pédiatre non traitant 1 examen entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans	COD : 30€ S2 avec OPTAM au tarif opposable ou avec dépassements d'honoraires.	COA : 23€ Dépassements d'honoraires autorisés.
Consultation obligatoire de l'enfant entre ses 8 et 16 ans par le pédiatre traitant 1 examen entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans	COG : 28€ S2 avec OPTAM au tarif opposable ou avec dépassements d'honoraires.	COA : 23€ Dépassements d'honoraires autorisés.
Dépistage surdité avant 3 ans	CDRP002 : 48,51€	CDRP002 : 40,23€
Dépistage de la vision binoculaire	BLQP010 : 25,32€	BLQP010 : 25,32€
Dépistage visuel et auditif avant 3 ans	CDRP002 + BLQP010/2 : 61,17€	CDRP002 + BLQP010/2 : 52,89€
Dépistage visuel et auditif dans le bruit	CDQP011 + BLQP010/2 : 45,77€	CDQP011 + BLQP010/2 : 43,96€
Dépistage visuel et auditif après 3 ans avec casque	CDQP012 + BLQP010/2 : 51,93€	CDQP012 + BLQP010/2 : 47,54€

Description	Secteur 1 Secteur 2 OPTAM	Secteur 2 sans OPTAM
Audiométrie tonale dans le bruit (voix chuchotée)	CDQP011 : 33,11€	CDQP011 : 31,30€
Audiométrie tonale et vocale (casque)	CDQP012 : 39,27€	CDQP012 : 34,88€
Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie	GLQP002 : 76,80€	GLQP002 : 76,80€
Mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec enregistrement	GLQP012 : 40,28€	GLQP012 : 37,88€
Test allergologique cutané non alimentaire	FGRB003 : 28,80€	FGRB003 : 28,80€
Test allergologique cutané alimentaire.	FGRB004 : 37,02€	FGRB004 : 33,57€
Test d'évaluation de l'effcience intellectuelle de l'enfant	ALQP002 : 69,12€	ALQP002 : 69,12€
Test d'évaluation d'une dépression	ALQP003 : 69,12€	ALQP003 : 69,12€
Test d'évaluation d'un déficit cognitif	ALQP006 : 69,12€	ALQP006 : 69,12€

Les consultations simples de l'enfant

Description	Secteur 1	Secteur 2 sans OPTAM hors C2S
	Secteur 2 avec ou sans OPTAM Si respect des tarifs opposables	Si dépassement d'honoraires
Consultation ou téléconsultation d'enfant de moins de 2 ans par le pédiatre	CS + MEP + NFP : 37€	CS + NFP : 33 €
	TC + MEP + NFP : 37€	TC + NFP : 33 €
Consultation ou téléconsultation d'enfant de 2 à 6 ans par le pédiatre	CS + MEP + NFE : 32€	CS : 23€
	TC + MEP + NFE : 32€	TC : 23€
Consultation ou téléconsultation d'enfant de 6 à 16 ans par le pédiatre	CS + NFE : 28€	CS : 23€
	TC + NFE : 28€	TC : 23€
Consultation ou téléconsultation d'enfant de 6 à 16 ans par le pédiatre avec retour d'information vers le médecin traitant s'il existe	CS + MPC + MCS : 30€	CS : 23€
	TC + MPC + MCS : 30€	TC : 23€
Consultation d'enfant de plus de 16 ans par le pédiatre avec médecin traitant déclaré	CS : 23€	CS : 23€
Avis ponctuel de consultant demandé par le médecin traitant	APC : 55€	APC : 55€

Légende :

MEP : Majoration Enfant pour le Pédiatre, enfant de moins de 6 ans

NFP : Nouveau Forfait Pédiatrique avec mise à jour du carnet enfant moins de 2 ans

NFE : Nouveau Forfait Enfant : enfant de 2 à 6 ans et de 6 à 16 ans si non adressé par le médecin traitant

MPC : Majoration forfaitaire transitoire

MCS : Majoration de coordination spécialiste, quel que soit l'âge, même en l'absence de médecin traitant pour les moins de 16 ans

Les consultations et majorations complexes de l'enfant

Description	Secteur 1 Secteur 2 avec ou sans OPTAM
Consultation complexe entre Sortie Maternité et 28ème jour	CSM (code de transmission CCX) : 46€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Consultation de suivi de l'obésité réalisée par le pédiatre traitant et réservée aux enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité Ne peut être facturée que deux fois par an par patient	CSO (code de transmission CCX) : 46€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Consultation de suivi et de coordination d'un enfant autiste Ne peut être facturée qu'une seule fois par an	CSE (code de transmission CCX) : 46€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles réservée aux jeunes filles de 15 à 18 ans Ne peut être facturée qu'une seule fois par patiente et peut l'être de manière anonyme	CCP : 46€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Consultation pour trouble du comportement alimentaire Ne peut être facturée qu'une seule fois par patient	+ TCA (code de transmission MCX) : 16€ Dépassements d'honoraires non autorisés. A associer avec les consultations simples de l'enfant. Exemple, secteur 1 ou secteur 2 OPTAM pour enfant de 14 ans avec médecin traitant déclaré : CS + MPC +MCS + TCA.

Description	Secteur 1 Secteur 2 avec ou sans OPTAM
Majoration pour consultation asthme déstabilisé Ne peut être facturée qu'une seule fois par an et par patient, éventuellement une deuxième fois en cas de décompensation	+ MCA (code de transmission MCX) : 16€ Dépassements d'honoraires non autorisés. A associer avec les consultations simples de l'enfant. Exemple, secteur 1 ou secteur 2 OPTAM pour enfant de 14 ans avec médecin traitant déclaré : CS + MPC +MCS + MCA.
Majoration suivi prématuré pour les enfants de moins de 7 ans et nés prématurés de 32 à 36 SA (+6 jours) Ne peut être facturée qu'une seule fois par an par patient	+ MSP (code de transmission MCX) : 16€ MSP non facturable en secteur 2 non OPTAM. A associer avec les consultations simples de l'enfant. Exemple pour une consultation annuelle d'enfant prématuré de moins de 2 ans par un pédiatre secteur 1 : CS + MEP + NFP + MSP.



Les consultations ou majorations très complexes de l'enfant

Description	Secteur 1 Secteur 2 avec ou sans OPTAM
Consultation Grand Prématuro, (avant 32 SA + 6 jours) ou maladie congénitale grave, jusqu'à 7 ans Ne peut être facturée que deux fois par an par patient	CGP (code de transmission CCE) : 60€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Pathologie chronique grave ou handicap neurosensoriel Ne peut être facturée qu'une seule fois par trimestre par patient	EPH (code de transmission CCE) : 60€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Consultation de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme Ne peut être facturée qu'une seule fois par patient	CTE (code de transmission CCE) : 60€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Majoration pour information initiale et mise en place de la stratégie thérapeutique. Cancer et pathologie neurologique grave ou neurodégénérative Ne peut être facturée qu'une fois par an par patient	+ MIS (code de transmission MTX) : 30€ A associer avec les consultations simples de l'enfant. Exemple, secteur 1 ou secteur 2 OPTAM pour enfant de 14 ans avec médecin traitant déclaré : CS + MPC + MCS + MIS.

Les enfants adressés ou vus par le pédiatre à la demande du médecin traitant dans les 48 heures

Description	Secteur 1 Secteur 2 avec ou sans OPTAM
Consultation d'enfant de 2 à 16 ans par le pédiatre déclaré comme médecin traitant adressant l'enfant à un spécialiste dans les 48h	CS + MEP + NFE + MUT : 37€ Dépassements d'honoraires non autorisés.
Pédiatre intervenant dans les 48h à la demande explicite du médecin traitant ou d'un autre pédiatre pour un enfant de 6 à 16 ans	CS + MEP + NFE + MCU : 47€ Dépassements d'honoraires non autorisés. APC + MCU : 70€ Dépassements d'honoraires non autorisés.

Légende :

MEP : Majoration Enfant pour le Pédiatre, enfant de moins de 6 ans

NFE : Nouveau Forfait Enfant : enfant de 2 à 6 ans et de 6 à 16 ans si non adressé par le médecin traitant

MUT : Majoration urgence traitement

MCU : Majoration correspondant urgence

Les étapes pour coter un acte dans Doctolib Médecin

Des actes sont préchargés (action automatique de Doctolib) dans Doctolib Médecin de façon à ce que vous puissiez faire des recherches par nom ou code d'acte selon votre spécialité. Néanmoins, il n'existe pas de combinaison d'acte prédéfinie. Si vous réalisez plusieurs actes lors d'une consultation, il vous faudra alors additionner les actes correspondants à votre prestation. Si c'est une combinaison que vous utilisez régulièrement, vous pourrez ensuite l'enregistrer en tant que modèle pour gagner du temps en consultation.

Une fois l'acte ajouté, il peut être nécessaire de le configurer selon la situation de facturation.

Dans le cas où vous ne retrouveriez pas l'acte correspondant à votre prestation, nous vous conseillons de vous rapprocher de votre caisse d'assurance maladie ou de votre syndicat de médecin.

Ajouter un acte

Comme indiqué précédemment, vous allez pouvoir ajouter un acte à la feuille de soins électronique depuis la section "Prestation". Pour ce faire, il vous suffit de faire une recherche par nom ou par code d'acte dans la barre de recherche prévue à cet effet.

Si vous réalisez plusieurs actes lors d'une consultation, vous devrez additionner les actes correspondants à votre prestation.

Par exemple si vous réalisez un électrocardiogramme en tant que médecin généraliste secteur 1, vous devrez ajouter :

- une ligne pour la consultation : code G ou GS (acte NGAP)
- une ligne pour l'électrocardiogramme : code DEQP003 (acte CCAM)

Lorsque vous recherchez un acte, visualisez en un coup d'œil grâce à la pastille, si c'est un acte NGAP ou un acte CCAM.

Monsieur
STANDARD
Guy
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE
ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE
Antécédents médicaux
• Hypertension artérielle essenti...
• COVID-19
Antécédents chirurgicaux
• Appendicectomie
Allergies
• Pollen
Mode de vie

Mémo
Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Fermer le dossier patient

Prénom du médecin qui a orienté le patient ?
Thierry

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

DEQP003

Actes NGAP

DEQP003 - Forçage

Actes CCAM

DEQP003 - Electrocardiographie sur au moins 12 dérivations

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO ☒ + Ajouter une complémentaire

Total
0 €

ANNULER VALIDER

La date de l'acte

Dans certains cas, vous pouvez être amené à vouloir modifier la date de réalisation des soins d'une facture.

Par exemple si un nouveau-né n'est pas encore rattaché à la carte Vitale de ses parents et que vous souhaitez leur facturer la consultation qu'une fois que cela sera le cas ou si un patient que vous connaissez n'a pas sa carte Vitale et que vous souhaitez lui facturer sa consultation lors de son prochain rendez-vous : dans Doctolib Médecin, il est possible de modifier la date de réalisation de l'acte mais pas de modifier la date d'une facture. Si la facture comporte plusieurs actes, il faudra alors modifier cette date sur l'ensemble des actes concernés.

Pour ce faire, une fois l'acte ajouté à la facture, cliquez sur celui-ci et modifiez la date dans le champ Date de l'acte. Pensez à enregistrer.

NB : Le cahier des charges Sesam Vitale interdit de pouvoir mettre une date supérieure à la date du jour. Si vous tentez tout de même de le faire, vous aurez alors une erreur comme ici à droite en haut de la facture.

The screenshot shows the 'Dossier patient' (Patient File) interface for 'Monsieur STANDARD Guy'. The patient's details include birth date (01/01/1974), age (49 ans), and medical history (Hypertension artérielle essentielle, COVID-19, Appendicectomie). The 'ACTES' (Acts) section shows a list of medical acts with their respective honoraires (fees). The act 'Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations' (DEQP003) is selected, and a modal window is open for editing its details. The modal window has a 'Date de l'acte' (Date of the act) field set to '12/01/2023'. Other fields include 'Prix unitaire' (Unit price) set to '14.26', 'Lieu de consultation' (Consultation location) set to 'Cabinet', 'Exonération' (Exemption) set to '0 - Pas d'exonération', 'Code activité' (Activity code) set to 'Code activité', and 'Code modificateur 1' (Modifier code 1) set to an empty field. A red error message is displayed at the top of the modal window: '1 erreur détectée : La date de l'acte doit être inférieure ou égale à la date de facture'.

Acte	Honoraires
DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations	14,26
Total	14,26

- ❗ 1 erreur détectée :
- La date de l'acte doit être inférieure ou égale à la date de facture

Le montant des actes

Le montant des actes comprend ici les tarifs conventionnels et leur part de remboursement ainsi que les dépassements d'honoraires.

Le tarif conventionnel et la part de remboursement

Qu'est ce que le tarif conventionnel et la part de remboursement ?

Le tarif de base/conventionnel correspond au prix de la consultation qui est réglementé par la Sécurité sociale selon votre secteur de conventionnement, qu'il soit 1 ou 2.

Pour les médecins de secteur 3 (non conventionné), nous parlons de tarif d'autorité.

Si le patient répond au parcours de soins, la part de remboursement prise en charge par l'Assurance Maladie est de 70 % dans la majorité des cas. Celle-ci est calculée selon le tarif conventionnel et la situation de facturation du patient.

En revanche, pour les médecins non conventionnés à honoraires libres, le remboursement est basé sur le tarif d'autorité de 0,61€ pour un médecin généraliste et de 1,22€ pour un médecin spécialiste. Ces montants sont donc très inférieurs à la base de remboursement des médecins conventionnés.

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Chaque fois que vous ajoutez un acte, son montant s'affiche :

- dans le champ **Honoraires** si vous êtes médecin secteur 1
- dans le champ **Tarif** si vous êtes médecin secteur 2 avec ou sans OPTAM et secteur 3.

La part de remboursement est visible dans le champ **Part AMO** et **Part AMC**.

Monsieur
STANDARD
Guy
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTECÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux
• Hypertension artérielle essenti...
• COVID-19

Antécédents chirurgicaux
• Appendicectomie

Allergies
• Pollen

Mode de vie
• Alcool - non

Mémo

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient
CS Consultation spécialiste	23,00	23,00	70 %	0,00	0,00	23,00
Total	23,00			0,00	0,00	23,00

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO ☒ + Ajouter une complémentaire

Total	23 €
Part Assurance Maladie Obligatoire	0 €

ANNULER VALIDER

Les dépassement d'honoraires

Qu'est ce qu'un dépassement d'honoraires ?

Les médecins de secteur 1 voient leurs tarifs fixés par la convention nationale et ne peuvent pratiquer de dépassements d'honoraires hors exception.

Les médecins de secteur 2 (avec ou sans OPTAM) et 3 sont quant à eux autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire que les actes pratiqués au cours d'une consultation ou d'une intervention sont facturés au-delà des tarifs conventionnels fixés par l'Assurance Maladie.

Le montant du dépassement d'honoraires n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie, mais il peut l'être en totalité ou en partie par la complémentaire santé du patient, selon les garanties souscrites dans le contrat.

Tarif du médecin / base de remboursement Sécurité sociale	Médecin conventionné secteur 1	Médecin conventionné secteur 2	Médecin non conventionné secteur 3
Tarif appliqué par le médecin	Tarif conventionnel Exceptés les cas où le médecin peut pratiquer un dépassement d'honoraires : Consultation hors du parcours de soin Exigence particulière pour une consultation non liée à un motif médical Consultation hors des heures de visite	Honoraires fixés librement, avec "tact et mesure" Excepté les médecins adhérents à l'OPTAM	Honoraires fixés librement
Base de remboursement Sécurité sociale	Tarif conventionnel	Tarif conventionnel	Tarif d'autorité

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Pour appliquer un dépassement d'honoraires dans Doctolib Médecin, vous devez tout simplement modifier le montant affiché dans le champ Honoraires lors de la facturation. Exemple pour une consultation d'un médecin généraliste de secteur 2 (consultation fixée à 30€) :

Acte CS dont le tarif conventionnel est 23€

- Tarif : 23€
- Le montant des honoraires : 30€
- Dépassement d'honoraires : 7€

Nous passons donc le montant des honoraires à 30€ au lieu de 23€ dans le champ prévu à cet effet.

Disponible sur notre Centre d'Aide

Pour appliquer un dépassement d'honoraires pour exigence particulière du malade ou code DE à la facture, consultez [cet article](#).

Monsieur STANDARD Guy
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

- Appendicectomie

Allergies

- Pollen

Mode de vie

- Alcool : non

Mémo

Ouvrir

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Fermer le dossier patient

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient
CS Consultation spécialiste	30,00	23,00	70 %	0,00	0,00	30,00
Total	30,00			0,00	0,00	30,00

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO ☒ Ajouter une complémentaire

Total
Part Assurance Maladie Obligatoire 0 €
Part Assurance Maladie Complémentaire 0 €

30 €

ANNULER VALIDER

Les majorations Dimanche et jour férié, Nuit et Urgence

Pour les majorations Dimanche et jour férié, Nuit, et Urgence en dehors des gardes, ajoutez un complément pour les actes NGAP et un code modificateur pour les actes CCAM.

Appliquer une majoration sur un acte NGAP

Pour ajouter une majoration **Dimanche et jour férié, Nuit ou Urgence** sur un acte NGAP, cliquez sur l'acte, puis complétez le champ **Complément**. Pensez à enregistrer.

Monsieur
**STANDARD
Guy**
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

- Appendicectomie

Allergies

- Pollen

Mode de vie

- Alcool : non

Mémo

Dossier patient > Facturation

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif
CS Consultation spécialiste	23,00	23,00
Total	23,00	

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant

☐ TP AMO ☒ + Ajouter une complémentaire

Total

Part Assurance Maladie Obligatoire

CS

Consultation spécialiste

Date de l'acte
12/01/2023

Complément

Aucun

Aucun

Dimanche et jour férié

Nuit

Urgence

1,00

Honoraires

23,00

Exonération

0 - Pas d'exonération

Afficher tous les champs

Supprimer

ANNULER

ENREGISTRER



01

LE CONTEXTE DE FACTURATION

02

LA PRESTATION

03

LE PAIEMENT

25

Notez que le champ **Supplément** qui s'affiche ensuite à l'écran une fois le complément complété, l'est aussi de manière automatique lorsque vous facturez une consultation de nuit. Néanmoins, vous pouvez décider de ne pas appliquer de majoration en sélectionnant "Aucun".

Dossier patient > Facturation Fermer le dossier patient

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation Sauvegarder comme modèle

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient	Supplément
CS Consultation spécialiste	48,15	48,15	70%	0,00	0,00	48,15	Nuit
Total	48,15			0,00	0,00	48,15	

Supplément
Nuit

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO ☒ + Ajouter une complémentaire

Total 48,15 €
Part Assurance Maladie Obligatoire 0 €

ANNULER VALIDER

Appliquer une majoration sur un acte CCAM

Pour ajouter une majoration **Dimanche et jour férié**, **Nuit ou Urgence** sur un acte CCAM, cliquez sur l'acte, puis complétez le champ **Code Modificateur 1**. Pensez à enregistrer.

Dossier patient > Facturation Fermer le dossier patient

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation Sauvegarder comme modèle

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires
DEQP003 Electrocardiographie sur au moins 12 dérivations	14,26
Total	14,26

Code Modificateur 1
Aucun code modificateur

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO ☒ + Ajouter une complémentaire

Total 14,26 €
Part Assurance Maladie Obligatoire 0 €

ANNULER ENREGISTRER

Situations particulières

Selon certaines situations, vous pouvez être amené à modifier la configuration d'un acte et donc être amené à saisir certains champs ou forcer la création d'un acte CCAM.

L'exonération du ticket modérateur

Qu'est ce que l'exonération du ticket modérateur ?

Le ticket modérateur correspond à la part des dépenses qui reste à la charge du patient ou à sa complémentaire santé selon les conditions du contrat.

Comme vu précédemment, certaines consultations sont prises en charge automatiquement par l'Assurance Maladie à 100 %, selon le contexte de facturation (le contexte de réglementation, les droits du patient et le parcours de soins coordonnés) mais aussi selon l'acte réalisé.

Pour certains actes, l'Assurance Maladie demande à ce que vous ajoutiez une exonération lors de la création d'une feuille de soins électronique.

Il s'agit d'actes en rapport avec des soins particuliers ou des actes de prévention :

- des diagnostics ou traitement de la stérilité (code exonération 3) ;
- des soins en établissement de santé dans les 30 premiers jours de la vie (code exonération 3) ;
- le traitement des enfants et adolescents handicapés en éducation spécialisée (code exonération 3) ;
- des campagnes nationales de prévention et de dépistage (code exonération 7).

Le code 3 correspondant à des soins particuliers exonérés et le code 7 à des actes de prévention.





01

LE CONTEXTE DE FACTURATION

02

LA PRESTATION

03

LE PAIEMENT

27

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Pour ajouter une **exonération du ticket modérateur**, cliquez sur puis sélectionnez le code dans le champ prévu à cet effet. Pensez à enregistrer.

Exemple d'un acte pour lequel vous devez appliquer une exonération : test antigénique Covid / RT-PCR pour un patient ayant droit au remboursement.

Ajout d'un acte C

+ Coefficient 1,5

+ Exonération code 3

Monsieur
STANDARD
Guy

H, 01/01/1974 (49 ans)

MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)

NIR Assuré : 250196264300268

NIR Bénéficiaire : 174017510500188

Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023

Date de début/fin : -

Qualité : Autre ayant-droit

Caisse : 349 - 9881

Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

- Appendicectomie

Allergies

- Pollen

Mode de vie

- Alcool : non

Mémo

Ouvrir

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif
C Consultation	23,00	23,00
Total	23,00	

Païement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO + Ajouter une complémentaire

Total
Part Assurance Maladie Obligatoire

23 €
0 €

C

Consultation

12/01/2023

Complément
Aucun

Lieu de consultation
☒ Cabinet ☐ Visite à domicile

Coefficient
1.5

Honoraires
23,00

Exonération

0 - Pas d'exonération

0 - Pas d'exonération

3 - Soins particuliers exonérés

6 - Régimes spéciaux exonérés

7 - Acte de prévention

ANNULER ENREGISTRER

Le coefficient

Qu'est ce que le coefficient ?

Le coefficient est un coefficient multiplicateur qui impacte le prix d'un acte. L'Assurance Maladie peut vous transmettre des consignes au sujet des cotations afin que vous puissiez modifier le coefficient d'un acte et donc sa valeur.

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Pour ajouter ou modifier le **coefficient multiplicateur** d'un acte, cliquez sur ce dernier, puis modifiez le coefficient dans le champ portant le même nom. Pensez à enregistrer.

Exemple d'un acte pour lequel vous devez modifier le coefficient : test antigénique Covid / RT-PCR pour un patient ayant droit au remboursement :

Ajout d'un acte C

+ Coefficient 1,5

+ Exonération code 3

Une fois le coefficient modifié, celui-ci est visible à droite du code de l'acte dans la section "Prestation".

Monsieur STANDARD Guy
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

- Appendicectomie

Allergies

- Pollen

Mode de vie

- Alcool : non

Dossier patient > Facturation

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

Acte	Honoraires	Tarif
C Consultation	23,00	23,00
Total	23,00	

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO + Ajouter une complémentaire

Total 23 €
Part Assurance Maladie Obligatoire 0 €

Consultation

Date de l'acte
12/01/2023

Complément
Aucun

Lieu de consultation
☒ Cabinet ☐ Visite à domicile

Coefficient
1.5

Honoraires
23

Exonération ①
3 - Soins particuliers exonérés

Afficher tous les champs

Supprimer

ANNULER ENREGISTRER

Acte

C 1.5 Consultation



Le code de remboursement exceptionnel pour des actes CCAM

Qu'est ce qu'un code de remboursement exceptionnel pour des actes CCAM ?

Le code de remboursement exceptionnel doit être renseigné uniquement pour les actes CCAM dont la prise en charge est soumise à conditions (indications médicales par exemple), comme QZQP001 ou QANP007. Il ne sera possible de facturer l'acte que si vous le réalisez dans les conditions requises et vous devez dans ce cas renseigner un code de remboursement exceptionnel.

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Commencez par ajouter un acte QZQP001 par exemple. Un message s'affiche alors à l'écran vous proposant de forcer l'acte, cliquez sur **Non**.

Cliquez sur l'acte, puis sur **Afficher tous les champs** situé en bas de l'écran.

Dans le champ **Code de remboursement exceptionnel**, sélectionnez la réponse souhaitée en privilégiant **"Acte remboursable sur demande du PS"**. Pensez à enregistrer.

Monsieur
STANDARD
Guy
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux
• Hypertension artérielle essenti...
• COVID-19

Antécédents chirurgicaux
• Appendicectomie

Allergies
• Pollen

Mode de vie
• Alcool : non

Mémo

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

CC11 - Absence code remboursement exceptionnel avec base de remboursement de l'acte remboursable ?
☐ Oui ☒ Non

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires
QZQP001 Dermatoscopie [dermoscopie] pour surveillance de...	0,00
Total	0,00

Palement

FACTURE EN COURS

QZQP001

Dermatoscopie [dermoscopie] pour surveillance de lésion à haut risque

Code phase traitement
Code phase traitement

Code association
Code association

Code remboursement exceptionnel

Code remboursement exceptionnel

Acte remboursable sur demande du PS

Acte remboursable sans demande du PS

Acte non remboursable selon circonstances

Base de remboursement

Montant remboursable AMO
Montant remboursable AMO

Montant remboursable AMC
Montant remboursable AMC

ANNULER ENREGISTRER

Disponible sur notre Centre d'Aide

Pour tout complément d'information, vous pouvez consulter l'article : [Renseigner un code de remboursement exceptionnel pour un acte CCAM](#)

Forcer un acte CCAM

Dans quel cas forcer un acte CCAM ?

Doctolib Médecin a pré-chargé la liste des actes CCAM ambulatoires fournie par le GIE SESAM-Vitale. Dans ce contexte, les actes CCAM avec un code activité 4 (actes réalisés sous anesthésie) ne sont normalement pas autorisés pour toutes les spécialités. Néanmoins, si vous êtes en capacité de les facturer, vous pouvez forcer la création d'un acte.

Disponible sur notre Centre d'Aide

Pour savoir comment forcer la création d'un acte CCAM manquant, consultez [cet article](#).



L'association de plusieurs actes NGAP et CCAM

L'association de plusieurs actes NGAP

Quelles sont les règles pour associer plusieurs actes NGAP ?

Les actes NGAP étant des actes cliniques / médicaux (hors majoration), ils ne sont pas cumulables sauf exception.

En effet, seuls certains actes en K comme les certificats en rapport avec un accident du travail ou certains pansements de plaies et brûlures peuvent s'additionner à un acte G(S) ou C(S) ou VG ou V(S).

Concernant les majorations, il est possible d'en associer autant que souhaité à un acte NGAP sous condition réglementaire.

Notez que certaines majorations sont uniquement réservées aux médecins traitants et certaines sont interdites à certains secteurs de conventionnement ou spécialités, comme les majorations de coordination ou les majorations de consultation complexe ou très complexe pour les secteurs 2 non OPTAM.

Pour rappel : si un patient vous consulte deux fois dans la même journée pour deux raisons différentes, il est impératif de réaliser une feuille de soins papier pour la seconde consultation, sous peine de rejet lors de la télétransmission. De plus, la Fédération des Médecins de France conseille vivement de noter dans le dossier du patient la justification de cette double facturation afin de pouvoir la justifier auprès de l'Assurance Maladie.

L'association de plusieurs actes CCAM

Quelles sont les règles pour associer plusieurs actes CCAM ?

Dans le cadre de l'association des actes CCAM, l'acte le plus cher est facturé à 100 %, le second à 50 % et à partir du 3ème celui-ci est gratuit. Il n'est donc pas nécessaire d'ajouter ce dernier à la facture.

Notez néanmoins qu'il subsiste des exceptions comme pour la chirurgie ou la radiologie, et il est dans ce cas possible d'ajouter un code association sur les actes secondaires pour les facturer à leur juste valeur :

Code association 1 : le second acte sera facturé à 100% de sa valeur ;

Code association 2 : le second acte sera facturé à 50% de sa valeur ;

Code association 3 : le second acte sera facturé à 75% de sa valeur ;

Code association 4 : le second acte sera facturé à 100% de sa valeur
- cela correspond à des actes spécifiques





Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Dans Doctolib Médecin, lorsque vous souhaitez associer plusieurs actes CCAM, pensez à ajouter l'acte le plus cher en premier afin que ce soit l'acte le moins cher qui passe à 50 %.

Par exemple, si vous réalisez lors d'une consultation un "Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées, par curetage" et une "Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées superficielles du visage, par agent chimique ou par cryothérapie de contact", ajoutez l'acte QZFA013 (32,75€) en premier et l'acte QANP007 (28,80€) en second.

Vous pouvez alors constater que le montant de l'acte OANP007 sera facturé 14.40€ au lieu de 28.80€.

Monsieur
**STANDARD
Guy**
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

- Appendicectomie

Allergies

- Pollen

Mode de vie

- Alcool : non

Mémo
Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Nom du médecin qui a orienté le patient ?
Laffont

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient
QZFA013 Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées, par curetage	32,75	32,75	70 %	0,00	0,00	32,75
QANP007 / 2 Séance de destruction de 1 à 10 lésions cutanées...	14,40	14,40	70 %	0,00	0,00	14,40
Total	47,15			0,00	0,00	47,15

Paieement

FACTURE EN COURS

Tiers payant

ANNULER VALIDER

Sauvegarder les cotations d'actes comme modèles

Pour vous faire gagner du temps en consultation, Doctolib Médecin vous permet de sauvegarder les cotations d'actes que vous réalisez le plus fréquemment.

Comment cela fonctionne-t-il dans Doctolib Médecin ?

Après avoir configuré un acte ou associé plusieurs actes entre eux, cliquez sur **Sauvegarder comme modèle** à droite de la section "Prestation". Donnez un nom au modèle, puis cliquez sur **Valider**.

Chaque fois que vous cliquerez dans la barre de recherche pour ajouter un acte, celui-ci vous sera suggéré et vous pourrez l'utiliser lors de vos prochaines consultations.

Le classement des modèles de cotations se fait de la manière suivante :

- Les six modèles les plus utilisés seront classés en premier
- Le reste des modèles sera classé de manière alphabétique

Monsieur
**STANDARD
Guy**
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 26/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

Régime complémentaire (AMC)
Type : Complémentaire
Nom AMC : 401737
Validité : 01/01/23 au 31/12/23

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

Mémo

Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Laurent

Est-ce un accident de droit commun ou de la vie privée ?
☐ Oui ☒ Non

Prestation

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient
C 1.5 Consultation	34,50	34,50	100 %	0,00	0,00	34,50
Total	34,50			0,00	0,00	34,50

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☐ TP AMO ☐ TP AMC

Total 34,50 €
Part Assurance Maladie Obligatoire 0 €
Part Assurance Maladie Complémentaire 0 €
Part patient 34,50 €

ANNULER VALIDER

Disponible sur notre Centre d'Aide

Pour tout complément d'information, vous pouvez consulter l'article : [Créer des modèles de cotation](#)

03

Le paiement



Le tiers payant AMO (Assurance Maladie Obligatoire)

Qu'est ce que le tiers payant AMO ?

Le tiers payant AMO permet à l'assuré de ne pas avancer la part des frais habituellement remboursée par la Sécurité Sociale dans certaines situations ; soit parce que le tiers payant AMO est obligatoire au vu des droits du patient, soit parce que vous décidez de l'appliquer et d'éviter au patient d'avancer une partie ou la totalité des frais.

C'est alors l'Assurance Maladie qui vous réglera la consultation après que vous lui ayez télétransmis la feuille de soins électronique.

Dans le cas du tiers payant partiel (part de remboursement à 70 % par l'Assurance Maladie par exemple), votre patient paye uniquement la part des frais non pris en charge par cette dernière, c'est-à-dire le ticket modérateur.

Par exemple, pour une consultation chez un médecin traitant généraliste secteur 1, le montant du ticket modérateur est de 7,5€.

Détail du calcul :

Tarif conventionnel : 25€

Prise en charge à 70% par l'assurance maladie : 17,50€

Montant du ticket modérateur : 7,5€

Tiers payant AMO intégral obligatoire

Le tiers payant intégral s'applique de droit dans les situations suivantes :

- Votre patient bénéficie de la complémentaire santé solidaire (CSS ou C2S) ;
- Votre patient bénéficie de l'AME ;
- Votre patient est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle ;
- Votre patient bénéficie d'actes de prévention dans le cadre d'un dépistage organisé (par exemple, une mammographie effectuée lors du dépistage organisé du cancer du sein) ;
- Votre patient est hospitalisé dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie ;
- Votre patiente est mineure et vous consulte dans le cadre de sa contraception (ajoutez un code exonération 3 sur l'acte hors cotation CCP) ;
- Votre patient est atteint d'une affection de longue durée (ALD) ;
- Votre patiente bénéficie de l'assurance maternité.





Appliquer le tiers payant AMO

Si vous avez renseigné le contexte de facturation de la feuille de soins et que les droits du patient sont à jour grâce à la carte Vitale ou l'appel ADRI, il ne vous reste plus qu'à cocher la case TP AMO dans la section "Paiement" de la facture.

Monsieur
**STANDARD
Guy**
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE

Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

- Appendicectomie

Allergies

- Pollen

Mode de vie

- Alcool : non

Mémo
Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Fermer le dossier patient

Prestation

Rechercher un acte ou choisir un modèle

Acte	Honoraires	Tarif	Taux AMO	Part AMO	Part AMC	Part patient
CS Consultation spécialiste	30,00	23,00	70 %	16,10	0,00	13,90
Total	30,00			16,10	0,00	13,90

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant

☒ TP AMO + Ajouter une complémentaire

Total30 €

Part Assurance Maladie Obligatoire16,10 €

Part Assurance Maladie Complémentaire0 €

Part patient13,90 €

Total à régler par le patient13,90 €

Mode de règlement

Carte bancaire

☐ Payer plus tard

ANNULERVALIDER

Le tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire)

L'AMC (Assurance Maladie Complémentaire) est une assurance santé supplémentaire venant compléter les remboursements de l'AMO. Elle prend en charge le ticket modérateur.

Configurer et souscrire à l'Inter-AMC

Pour facturer le tiers payant AMC (Assurance Maladie Complémentaire) dans Doctolib Médecin, vous devez au préalable contractualiser avec l'association **Inter-AMC** et avoir activé celle-ci dans votre structure de facturation, sans quoi la part complémentaire santé ne vous sera pas réglée.

En effet, pour faire du tiers payant AMC (hors patients avec l'aide médicale d'État ou avec une complémentaire santé solidaire), vous devez contractualiser avec les assurances complémentaires santé / mutuelles des patients. La liste des assurances complémentaires étant très longue, l'association **Inter-AMC** a été créée pour simplifier cette contractualisation.

En signant un contrat unique avec cette association, vous pourrez pratiquer le tiers payant avec l'ensemble des complémentaires santé membres.

Si vous n'avez pas déjà souscrit à ce contrat, c'est très rapide à faire, rendez vous sur le site de l'association Inter-AMC.

Une fois votre adhésion faite, vous n'avez plus qu'à l'indiquer dans votre compte Doctolib au niveau de la structure de facturation.

Disponible sur notre Centre d'Aide

Pour tout complément d'information, vous pouvez consulter l'article : [Comprendre et configurer le tiers payant AMC](#)





Visualiser la part AMO, la part AMC et la part patient

La part AMO, la part AMC et la part patient sont visibles à deux endroits de la facture, au niveau de l'acte et au niveau de la section "paiement".

Monsieur STANDARD Guy
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

Régime complémentaire (AMC)
Type : Complémentaire
Nom AMC : 98532001
Validité : 01/01/23 au 31/12/23

HISTORIQUE
ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE
Antécédents médicaux
• Hypertension artérielle essenti...
• COVID-19
Antécédents chirurgicaux

Mémo
Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Total
30,00
16,10
6,90
7,00

Paiement
FACTURE EN COURS
Tiers payant
☒ TP AMO ☒ TP AMC
Convention
[Tiers Payant] 98532001 ALMERYS/GFP / 98532001 ALMERYS/...
Formule par défaut pour tous les actes
052 - 100% TM sauf hors parcours avec prise en charge libre de...

Total	30 €
Part Assurance Maladie Obligatoire	16,10 €
Part Assurance Maladie Complémentaire	6,90 €
Part patient	7 €

Total à régler par le patient
7,00 €

Mode de règlement
Carte bancaire ☐ Payer plus tard

Passer en mode avancé

Fermer le dossier patient

ANNULER VALIDER



Le mode de règlement

Dans la section "Paiement" de la facture, vous allez pouvoir renseigner le mode de règlement du patient, c'est-à-dire par carte bancaire, espèces, chèque ou virement.

Vous avez aussi la possibilité de choisir de faire payer la consultation plus tard. Il vous sera alors proposé d'ajouter le montant à payer lors de la prochaine facture du patient, ou aux prochaines factures créées dans la journée dans le cas où plusieurs rendez-vous seraient payés en une seule fois.

Monsieur STANDARD Guy
H, 01/01/1974 (49 ans)
MT: Inconnu

Régime obligatoire (AMO)
NIR Assuré : 250196264300268
NIR Bénéficiaire : 174017510500188
Support AMO : Carte Vitale 12/01/2023
Date de début/fin : -
Qualité : Autre ayant-droit
Caisse : 349 - 9881
Régime : 01 - Régime Général

Régime complémentaire (AMC)
Type : Complémentaire
Nom AMC : 98532001
Validité : 01/01/23 au 31/12/23

HISTORIQUE

ANTÉCÉDENTS ET MODE DE VIE
Antécédents médicaux

- Hypertension artérielle essenti...
- COVID-19

Antécédents chirurgicaux

Mémo
Doctolib Team

Dossier patient > Facturation

Fermer le dossier patient

Paiement

FACTURE EN COURS

Tiers payant
☒ TP AMO ☒ TP AMC

Convention
[Tiers Payant] 98532001 ALMERYS/GFP / 98532001 ALMERYS/...

Formule par défaut pour tous les actes
052 - 100% TM sauf hors parcours avec prise en charge libre de...

Total	30 €
Part Assurance Maladie Obligatoire	16,10 €
Part Assurance Maladie Complémentaire	6,90 €
Part patient	7 €

Total à régler par le patient
7,00 €

Mode de règlement
Carte bancaire
Carte bancaire
Espèces
Chèque
Virement

☐ Payer plus tard

Passer en mode avancé

ANNULER VALIDER



Si le mode de règlement renseigné n'est pas le bon et que vous avez besoin de le modifier alors que la facture a déjà été générée, vous avez toujours la possibilité de le modifier en cliquant sur **Factures** dans la barre latérale bleue à gauche de l'agenda, puis sur Montant total facturé et enfin sur l'oeil situé à droite des factures.

Rechercher un patient (nom, téléphone, date de naissance)

[Aide](#)

[Retour](#)

Factures

A télétransmettre Mode de paiement du patient

jj/mm/aaaa au jj/mm/aaaa

N° facture	Date	Bénéficiaire	Acte	Type	Statut	Part patient	Tiers payant	Montant total	
4	16/12/22	STANDARD GUY	CSC	FSE SESAM Vitale	Sécurisée	47,73 € Carte bancaire		47,73 € Payée	
3	16/12/22	STANDARD GUY	CS	FSE SESAM Vitale	Sécurisée	23,00 € Carte bancaire		23,00 € Payée	
2	12/12/22	STANDARD GUY	CS	FSE SESAM Vitale	Sécurisée	23,00 € Carte bancaire		23,00 € Payée	
1	12/12/22	ENFANT ARTHUR	CS	FSE SESAM Vitale	Sécurisée	23,00 € Carte bancaire		23,00 € Payée	

Factures par page 20

1 - 4

ACTIONS

- Télétransmettre (4 factures)
- Exporter en CSV
- Imprimer la liste

BORDEREUX

- Imprimer les bordereaux et FSE Dégradées
- Imprimer les bordereaux seuls

DÉTAILS

- Détails des télétransmissions
- Détails financiers

Factures

Glossaire

ALD : Affection longue durée

AMC : Assurance Maladie Complémentaire

AME : Aide médicale d'Etat

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AT : Accident du travail

CCAM : Classification commune des actes médicaux

CPS : Carte de professionnel de santé

CPE : Carte professionnelle d'établissement

CSS/C2S : Complémentaire santé solidaire

NGAP : Nomenclature générale des actes professionnels

OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée

SMG : Soins médicaux gratuits



Sources

Ameli.fr

Service-public.fr

Solidarites-sante.gouv.fr

Fmfpro.org

Mgfrance.org

Aideaucodage.fr

Vocabulaire-medical.fr

Sante-pratique-paris.fr

Sante.journaldesfemmes.fr

Previssima.fr

Macsf.fr

Vivinter.fr





Doctolib à vos côtés

Plus de **300 000 personnels de santé** en France, en Allemagne et en Italie nous font confiance et utilisent nos solutions. Plus de **70 millions de patients européens** ont un compte Doctolib et prennent leurs rendez-vous de santé en ligne.

Vous souhaitez en savoir plus sur Doctolib Médecin ? [Découvrez ici le logiciel médical.](#)

Échangez avec vos confrères

Partagez vos expériences et vos conseils avec vos pairs et accédez aux informations qui vous concernent.

Sur Doctolib, retrouvez des études, des guides pratiques, des interviews, des podcasts et de nombreux articles qui concernent votre quotidien.

[Découvrir Doctolib](#)

Nous vous avons aussi préparé des fiches pratiques sur les cas les plus fréquents. Celles-ci sont disponibles à tout moment dans notre Centre d'Aide Doctolib Médecin.

1. [Facturer une majoration de coordination](#)
2. [Facturer la participation assuré de 24 euros \(acte PAV\)](#)
3. [Facturer un test antigénique ou un test RT-PCR Covid 19](#)
4. [Facturer une visite à domicile](#)
5. [Facturer le tiers payant AMC](#)
6. [Mode dégradé, imprimer les feuilles de soins et les bordereaux de télétransmission](#)

Contact



Et pour aller encore plus loin, rendez vous sur :

- Le Centre d'Aide Doctolib Médecin pour trouver la réponse à votre problème ou pour maîtriser le logiciel sur le bout des doigts ;
- La Doctolib Community Doctolib Médecin pour être informé des dernières nouveautés ou nous partager vos idées.