



Tous les actes, leurs codes et leurs tarifications sont disponibles en ligne sur le site de l'assurance maladie : <https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/index.php>

Trois grandes familles de cotations sont utilisées quotidiennement en cardiologie libérale :

- les actes de consultation au cabinet
- les actes techniques réalisés au cabinet
- l'activité en établissement de soins

Les actes de consultation au cabinet

Acte de consultant

APC (+ DEQP003 si ECG en plus)

- nécessite une demande du Médecin traitant + retour par courrier
- pas de prescription directe
- délai de 4 mois entre 2 APC uniquement si prise en charge d'une même pathologie
- nécessité d'y associer l'ECG

Consultation de base de cardiologie

CSC + MCC

- ne nécessite pas d'envoi par le médecin traitant
- nécessité d'envoyer au MT un courrier avec « des conclusions diagnostiques et thérapeutiques »
- le cardiologue n'assure pas la prise en charge totale du malade
- comprend l'ECG

Consultation spécialisée standard

CS + MCC + MCS (+ DEQP003)

- surtout utilisée lorsque le cardiologue assure la prise en charge totale du patient ou si des consultations répétées et rapprochées sont nécessaires pour adapter un traitement par exemple.
- nécessité d'y associer l'ECG



Les actes techniques les plus fréquents au cabinet

Chaque acte technique médical reconnu a droit à un code. Cette classification appelée CCAM comporte 4 lettres et un nombre à 3 chiffres. A chaque combinaison correspond un acte précis dont il est facile de trouver la définition, le tarif, le cadre, les éventuelles limites, etc., via internet (ameli.fr). Les actes les plus utilisés en ville sont :

ECG	DEQP003
Echographie cardiaque	DZQM006
Holter ECG + consultation d'interprétation (à coter plutôt le jour de la dépose).	DEQP005
Epreuve d'effort	DKRP004
Echographie cardiaque de stress	DAQM003
Echodoppler des troncs supra-aortiques	EBQM001
Echodoppler artériel des membres inférieurs	EDQM001
Echodoppler artériel de l'aorte et des membres inférieurs	DGQM001
Echodoppler des troncs supra-aortiques et des artères des jambes	EBQM002
Echodoppler veineux des membres inférieurs pour recherche de phlébite	EJQM003
Contrôle d'un stimulateur cardiaque	DEMP002
Contrôle d'un défibrillateur cardiaque	DEMP001

L'activité en établissement de soins

→ En USIC

- la cotation la plus fréquente est YYYY002 (malade surveillé par une « équipe » pendant 24 heures).
- limite fixée à 10 patients par journée
- 3 actes (un choc électrique en urgence, une pose de voie centrale ou sonde d'entraînement) peuvent être associés à taux plein (cf. règles des associations ci-contre).
- le malade doit être présent les 24 heures (les entrées du jour sont donc exclues).

→ Hors USIC

- YYYY001 : surveillance monitorée hors USIC par un médecin sur 24 heures ; un même cardiologue ne peut coter ce forfait que sur 2 malades ; un même malade ne peut être suivi ainsi que 7 jours ;
- lorsqu'un patient est hospitalisé pour un acte technique « lourd » (ex : coronarographie, pose de PM, exploration électrophysiologique...), le

libellé de celui-ci comporte la plupart du temps la surveillance et le cardiologue de garde ne peut donc rien compter le jour en question. La seule exception est la réalisation d'un ECG en cas d'angioplastie coronaire ;

- pour toute entrée, tout patient vu dans un autre service ou présent en cardiologie en surveillance, la cotation autorisée est 0,8 CS + MPC + MCS ± associé à l'ECG.
- le jour de la sortie d'un patient, hors complication imprévue, aucune consultation ne peut être cotée ;
- si un acte doit être effectué en urgence la nuit (20h-8h) ou un dimanche/jour férié
- on peut associer les modificateurs U ou F.
 - La notion d'urgence exclut les entrées programmées où les patients déjà présents.
 - YYYY001 et 002 sont des actes sur 24 heures et ne peuvent pas être associées au U ;
- l'acte technique le plus fréquent est l'échographie cardiaque.
 - le cardiologue va au lit du patient : DZQM005
 - le patient se déplace : DZQM006



A savoir : Règles des associations ou succession d'actes techniques

- on ne peut associer un acte de consultation et un acte technique (hormis l'ECG).
- en cas d'association d'actes techniques dans la même séance, le plus cher est tarifé à taux plein, le deuxième à 50 % (avec un code d'association 2), tous les actes suivants sont gratuits.
- on ne peut associer 2 actes d'échographie.

Ces règles de base comportent de multiples exceptions en cardiologie :

- l'ECG peut être associé à taux plein avec des consultations (sauf la CSC) ;
- on ne peut associer échographie cardiaque au cabinet (DZQM006) et ECG (à 50 %) sauf dans le cadre d'une évaluation avant chimiothérapie (cette exception est à notifier dans le courrier). Cela ne s'applique pas à l'échographie cardiaque en hospitalisation (DZQM005) qui peut être associée au DEQP003/2 ;
- dans certaines situations, on peut coter 2 actes à taux plein le même jour en affectant au 2e le code d'association 5. Il faut que les actes soient effectués dans 2 séances distinctes. Le meilleur exemple est la réalisation d'une épreuve d'effort sur un premier plateau technique le matin et d'une échographie cardiaque l'après-midi sur un autre. Là aussi, il faut spécifier dans la lettre ce qui a emmené à procéder ainsi (ex. : urgence liée à l'état du patient le plus souvent) ;
- en USIC, YYYY002 peut être associé à 3 actes à taux plein avec le code d'association 4 ;
- la notion d'acte global : lorsqu'un acte CCAM est un acte thérapeutique (ex : une angioplastie), la cotation couvre l'ensemble des soins pour les 15 jours qui suivent l'intervention. Ceci vise le médecin qui pratique l'acte et pour ce médecin les conséquences directes liées à cet acte.

Impacts avenant 9 : la téléexpertise

Signé par les syndicats et la CNAM en août, l'avenant 9 à la convention médicale contient plusieurs changements importants pour la téléexpertise.

- L'élargissement à tous les patients (*Date d'application : fin septembre 2021*). Ainsi la téléexpertise n'est plus limitée aux patients dits prioritaires (ALD, EHPADs, zones sous denses...)
- L'augmentation de la rémunération moyenne (*Date d'application : Mars 2022*) Fin des niveaux de téléexpertise (TL1 et TL2). Un seul niveau rémunéré comme était le niveau 2 précédent.

En mars 2022 la rémunération passera de 10 euros pour le requérant et 20 euros pour le requis.

- Limite de 4 actes par patient/médecin requérant/an.
- Un médecin ne peut pas faire plus de 20% de son activité conventionnelle en télémédecine

