



Médecin généraliste

*Votre guide à la Codification Polynésienne
des Actes Médicaux
Année 2018*

SOMMAIRE

Généralités.....	03
Règles d'association.....	06
Aide au remplissage de la feuille de soins.....	09
Liste des codes les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale....	14

Ce guide d'aide à la cotation en CPAM destiné aux médecins généralistes reprend les règles générales de la cotation en CPAM, présente des exemples de remplissage de la feuille de soins et les actes les plus fréquents des médecins généralistes.

La liste des actes CPAM est disponible sur le site web www.cps.pf

Généralités

La Codification Polynésienne Des Actes Médicaux (CPAM) est la liste des actes médicaux techniques, codée, qui permet la description de l'activité médicale.

La CPAM est détaillée dans 3 livres :

- dans les livres I et III sont exposées les dispositions générales et diverses, les règles de codage et d'association des actes,
- dans le livre II sont listés tous les codes des actes (acte principaux, gestes complémentaires, suppléments, modificateurs), et sont précisés leur admission ou non au remboursement, et leur tarif d'autorité.

Les actes médicaux concernés par la CPAM sont:

- Les actes de chirurgie et d'anesthésie réanimation
- Les actes techniques propres aux spécialités médicales sauf ceux qui peuvent être réalisés par d'autres professionnels de santé (ex : les actes des chirurgiens dentistes)

Concernant les médecins généralistes, la NGAP reste applicable pour:

- Les consultations et les visites : C, V
- Certains actes communs avec ceux des auxiliaires médicaux : injections sous cutanée K1, intramusculaire K1, intraveineuse directe K 2, prise de sang K1,5...
- les soins de brûlures en ambulatoire ci dessous:
 - surface au-dessous de 10 cm² : K8
 - surface inférieure à 10 % de la surface du corps : K15

Note : En cas de brûlures multiples, considérer les surfaces additionnées.

Ces chiffres sont à majorer de 50 % s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains.

CODES OBLIGATOIRES

Code principal

Code activité

Code phase

Code	Texte	Activité	Phase	Tarif autorisé (en XPF)	Remb. . ss	Cdtions Accord	Préalable
QAJA002 [F, M, U]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm de grand axe (ZZLP054)	1	0	9 899			

Modificateurs

Geste complémentaire et/ ou supplément

Remboursement sous conditions Accord préalable

CODES FACULTATIFS

Les codes CPAM principaux :

- ✓ Les codes des actes médicaux comportent 4 lettres et 3 chiffres
ex: QZJA017

Les gestes complémentaires et les suppléments peuvent être rajoutés si les actes qu'ils complètent sont réalisés. Les codes des gestes complémentaires et suppléments sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés.

- ✓ Le code activité identifie les gestes réalisés au cours d'un acte par des médecins différents. Le code activité des actes habituellement effectués par le médecin généraliste est égal à **1**.
- ✓ Les codes modificateurs = la liste des modificateurs figure au chapitre 19.03 du livre II de la CPAM.

Les modificateurs d'urgence sont applicables en cas de réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

U	Acte réalisé en urgence par les médecins de 19h à 06h
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, après examen en urgence d'un patient

Les codes [U, F] sont exclusifs (1 seul peut-être codé et une seule fois par séance)

Au maximum 4 modificateurs peuvent être tarifés par acte

Règles d'association des actes pour le médecin généraliste

Règles d'association des actes NGAP et CPAM

Quand un médecin réalise, dans le même temps des actes techniques de la CPAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés hors actes de radiologie conventionnelle dont le nombre n'est pas limité. L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50%.

Quand un acte de la CPAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

Les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CPAM et les modificateurs prévus à la CPAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

C et V ne sont pas cumulables avec un acte technique sauf avec :

- l'ECG = DEQP003 (cumul à taux plein)
- QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
- QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasiaux, par abord direct
- BAHAA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
- CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
- CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
- GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
- HAHA002 : Biopsie de lèvre
- QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
- JHHA001 : Biopsie du pénis
- JMHA001 : Biopsie de la vulve
- Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50%.

Association d'actes techniques

En cas de réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes, le médecin code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux le code association :

- Le code association 1 signifie que l'acte est tarifé à 100%
- Le code association 2 signifie que l'acte est tarifé à 50%
- Le code association 3 signifie que l'acte est tarifé à 75%

Par exemple pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.

- Le code association 4 signifie que l'acte est tarifé à 100%, il concerne des actes spécifiques tels que *les actes de scanner, de radiothérapie...*
- Le code association 5 signifie que l'acte est tarifé à 100 %, *réalisé dans une même journée, pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient.*

La règle générale d'associations d'actes CPAM :

L'association de 2 actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.

- ✓ l'acte dont le tarif, hors modificateur, est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le code association est 1
- ✓ le 2ème acte est tarifé à 50 % de sa valeur, le code association est 2
- ✓ Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein
- ✓ Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus à taux plein

Règle	Code Association	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
Supplément autorisé	1	100%

Dans le cas d'une association de 2 actes seulement, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle

il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

Dérogations :

✓ Pour les actes de chirurgie portant sur :

- des membres différents
- le tronc et un membre
- la tête et un membre

l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code Association	Taux à appliquer au tarif
acte de tarif le plus élevé	1	100%
2ème acte	3	75%

✓ Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes l'association de 3 actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.

- L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein,
- le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur
- le troisième à 50 % de sa valeur

Règle	Code Association	Taux à appliquer au tarif
acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
3 ^{ème} acte	2	50%

Aide au remplissage de la feuille de soins

Dans les exemples suivants, les tarifs des actes en NGAP sont les tarifs conventionnels applicables en 2018

Injection intramusculaire

Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY V,VS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
						IFD 2	IK	
							Nbre	Montant 3
2 2 0 1 1 8			K1	4 3 7				
MONTANT TOTAL (1+2+3)				4 3 7				

Injection intramusculaire cotée K1, pas d'équivalent CPAM.

Visite de nuit

Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY V,VS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
						IFD 2	IK	
							Nbre	Montant 3
2 2 0 1 1 8		V	MN	1 1 2 0 0				
MONTANT TOTAL (1+2+3)				1 1 2 0 0				

Consultation de médecine générale et ECG

Cas dérogatoires à la règle générale : cumul possible consultation/visite (NGAP) et ECG (DEQP003 en CPAM)

Prestation des actes									
Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY V,VS VNPSY	C,CS CNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Eléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
2 2 1 0 1 8			C		3 6 0 0				
2 2 1 0 1 8	DEQP003 1				2 8 7 6				
MONTANT TOTAL (1+2+3)					6 4 7 6				

Visite de médecine générale et ECG

Cas dérogatoires à la règle générale : cumul possible consultation/visite (NGAP) et ECG (CPAM)

Prestation des actes									
Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY V,VS VNPSY	C,CS CNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Eléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
2 2 1 0 1 8			V		7 2 0 0				
2 2 1 0 1 8	DEQP003 1				2 8 7 6				
2 2 1 0 1 8	YYYY490 1				1 9 3 7				
MONTANT TOTAL (1+2+3)					1 2 0 1 3				

Code CPAM ECG = DEQP003

Supplément pour ECG à domicile = YYYY490

Consultation de médecine générale et ECG en urgence la nuit

Cas dérogatoires à la règle générale : cumul possible consultation/visite (NGAP) et ECG (CPAM)

Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY V.VS VNPSY	C,CS CNPSY V.VS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
0 1 1 0 1 8			C		3 6 0 0				
0 1 1 0 1 8	DEQP 0 0 3 1			U	6 8 7 6				
MONTANT TOTAL (1+2+3)					1 0 4 7 6				

ECG avec acte d'urgence en réanimation au cabinet

Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY V.VS VNPSY	C,CS CNPSY V.VS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
0 1 1 0 1 8	YYYYY 0 1 0 1			M 1	1 5 0 8 8				
0 1 1 0 1 8	DEQP 0 0 3 1			2	1 4 3 8				
MONTANT TOTAL (1+2+3)					1 6 5 2 6				

Traitement de premier recours nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin = Y Y Y Y010

Majoration pour soins d'urgence au cabinet du MG = Modificateur M

YYYYY010 ne peut pas être facturé avec des actes techniques des chapitres 1 à 17 à l'exception de l'ECG DEQP003

Code d'association « 1 » (tarif 100%) pour l'acte dont le tarif est le plus élevé et « 2 » pour celui qui l'est moins (tarif 50%)

Acte d'urgence/ réanimation avec ECG en visite d'urgence obligeant à quitter le cabinet pendant les consultations

Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY VVS VNPSY	C,CS CNPSY VVS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
2 2 1 0 1 8	Y Y Y Y 0 1 0	1		1	9 6 8 0				
2 2 1 0 1 8	D E Q P 0 0 3	1		2	1 4 3 8				
2 2 1 0 1 8	Y Y Y Y 4 9 0	1		1	1 9 3 7				
			MU		3 6 0 0				
MONTANT TOTAL (1+2+3)					1 6 6 5 5				

Traitement de premier recours nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin= Y Y Y Y010

Majoration de déplacement d'urgence= MU

YYYY010 ne peut pas être facturé avec des actes techniques des chapitres 1 à 17 à l'exception de l'ECG DEQP003

Code d'association « 1 » (tarif 100%) pour l'acte dont le tarif est le plus élevé et « 2 » pour celui qui l'est moins (tarif 50%)

Consultation de médecine générale et excision d'un panaris superficiel

Date des actes	Code des actes	Activités C,CS CNPSY VVS VNPSY	C,CS CNPSY VVS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du malade (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
2 2 1 0 1 8	M J P A 0 1 0	1			7 7 2 2				
MONTANT TOTAL (1+2+3)					7 7 2 2				

Suture plaie de parties molles, profonde et étendue, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse en dehors de la face et de la main

Date des actes	Code des actes	Activités	C,CS CNPSY VVS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du motodo (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
2 2 1 0 1 8	Q Z J A 0 1 2 1				1 2 4 3 8				
MONTANT TOTAL (1+2+3)					1 2 4 3 8				

Consultation de médecine générale et frottis du col de l'utérus

Date des actes	Code des actes	Activités	C,CS CNPSY VVS VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) Éléments de tarification CPAM	Montant des honoraires facturés 1	Dépassement Exigence du motodo (DE)	Frais de déplacement		
							IFD 2	IK	
								Nbre	Montant 3
2 2 1 0 1 8			C		3 6 0 0				
2 2 1 0 1 8	J K H D 0 0 1 1								
MONTANT TOTAL (1+2+3)					3 6 0 0				

Consultation au cabinet du MG et réalisation d'un frottis du col de l'utérus :
Code CPAM du frottis CU = JKHD001 non pris en charge par la CPS

A noter : Lors de la réalisation d'un dépistage dans le cadre de la délibération n° 2003-173 APF du 6 novembre 2003 instituant un dépistage gratuit des cancers gynécologiques, la prise en charge de l'acte JKHD001 est effectuée par la Direction de la Santé.

Liste des codes CPAM les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale

Code actes	Libellé	Tarif d'autorité	Tarif conventionnel
CARDIOLOGIE			
DEQP003 [F]	Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations Note : Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020) (YYYY490)	1 702	2 876
YYYY490	Supplément pour électrocardiographie réalisée au domicile du patient	1 146	1 937
SITUATION D'URGENCE			
YYYY010 [F, M]	Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la Facturation : ne peut pas être facturé avec des actes techniques des chapitres 1 à 17 à l'exception de : Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003)	5 728	9 680
RHUMATOLOGIE			
AHLB006	Infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien	3 518	5 945
LHLB001	Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage	4 078	6 892
MZJB001 [F]	Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	9 976	16 859
MZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage	3 118	5 269
NZLB001	Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : synoviorthèse - chimique d'un membre (PBLB002) - isotopique d'un membre (PBL001)	3 678	6 216
NZHB002	Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	3 438	5 810
NZJB001 [F]	Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage À l'exclusion de : évacuation d'une collection de l'articulation coxofémorale, par voie transcutanée (NEJB001)	7 196	12 161

Liste des codes CPAM les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale

Code actes	Libellé	Tarif d'autorité	Tarif conventionnel
TRAUMATOLOGIE			
MADP001 [F, M]	Contention orthopédique unilatérale ou bilatérale de fracture de la clavicule <i>Avec ou sans : réduction</i>	4 988	8 430
MEEP002 [F, M]	Reduction orthopédique d'une luxation scapulo-humérale	4 737	8 006
MFEP001 [F]	Réduction orthopédique d'une pronation douloureuse du coude <i>Indication : pronation douloureuse chez l'enfant Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i>	3 741	6 322
MHMP007 [F]	Confection d'une orthèse statique d'un doigt	4 582	7 744
MHMP002 [F]	Confection d'une orthèse statique de 2 doigts	4 582	7 744
MHMP003 [F]	Confection d'une orthèse statique de 3 doigts ou plus	4 582	7 744
MZMP001 [F, M]	Confection d'une contention souple d'une articulation du membre supérieur <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	3 741	6 322
MGMP001 [F]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du poignet et/ou de la main <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	5 357	9 053
NFMP002 [F]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation du genou <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	5 677	9 594
NGMP001 [F, M]	Confection d'une contention souple de la cheville et/ou du pied, ou confection d'une semelle plâtrée	2 494	4 215
NGMP002 [F]	Confection d'une attelle de posture ou de mobilisation de la cheville <i>Facturation : l'immobilisation provisoire préalable à un traitement sanglant ne peut pas être facturée.</i>	4 877	8 242
NFMP001 [F, M]	Confection d'une contention souple du genou	4 988	8 430
NZMP003 [F, M]	Confection d'un appareil rigide d'immobilisation de la jambe, de la cheville et/ou du pied ne prenant pas le genou	3 290	5 560
ORL			
GABD002 [F, M]	Tamponnement nasal antérieur	3 308	5 591
GABD001	Tamponnement nasal antérieur et postérieur	6 708	11 337
CAGD001 [F]	Ablation unilatérale ou bilatérale de bouchon de cérumen ou de corps étranger du méat acoustique externe	2 297	3 882
GAGD002	Ablation de corps étranger de la cavité nasale	4 227	7 144

Liste des codes CPAM les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale

Code actes	Libellé	Tarif d'autorité	Tarif conventionnel
ACTES SUR LES ONGLES			
MJPA010 [F]	Incision ou excision d'un panaris superficiel	4 569	7 722
OZJB001 [F]	Évacuation d'un hématome infra-unguéal, par voie transunguéale	1 353	2 287
OZJA022 [F, M]	Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale Avec ou sans : plastie du lit unguéal, et reposition de la tablette unguéale ou pose de prothèse	9 646	16 302
OZJA021 [F, M]	Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo- unguéale Avec ou sans : plastie du lit unguéal, et reposition de la tablette unguéale ou pose de prothèse unguéales	16 921	28 596
OZFA020 [F]	Exérèse partielle ou totale de la tablette d'un ongle Avec ou sans : couverture provisoire du lit unguéal	5 584	9 437
OZFA039 [F]	Exérèse partielle de l'appareil unguéal Traitement des ongles incarnés, de la mélanonychie Avec ou sans : plastie de la pulpe	4 230	7 149
OZFA029 [F]	Exérèse totale de l'appareil unguéal	6 177	10 439
GYNECOLOGIE			
JKLD001	Pose d'un dispositif intra-utérin	4 582	7 744
JKGD004	Ablation d'un dispositif intra-utérin, par voie vaginale		-
JKKD001	Changement d'un dispositif intra-utérin	4 582	7 744
OZLA004	Pose d'implant pharmacologique souscutané <i>Pose d'implant contraceptif souscutané</i>	2 147	3 628
OZGA002 [F]	Ablation ou changement d'implant pharmacologique sous cutané <i>Ablation d'implant contraceptif souscutané</i>	4 988	8 430
JKHD001	Prélèvement cervicovaginal <i>Prélèvement cervicovaginal pour frottis cytologique</i>	1 487	2 513
JOGD010 [F]	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une primipare	37 411	63 225
JOGD012 [F]	Accouchement céphalique unique par voie naturelle, chez une multipare	37 411	63 225
UROLOGIE			
JDJD001 [F]	Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur]	2 623	4 433
JDLD001 [F]	Pose d'une sonde urétrorésicale [Sondage vésical à demeure]	2 199	3 716
JDKD002 [F]	Changement d'une sonde urétrorésicale	2 199	3 716

Liste des codes CPAM les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale

Code actes	Libellé	Tarif d'autorité	Tarif conventionnel
DERMATOLOGIE			
Évacuation de collection de la peau et des tissus mous			
Comprend : évacuation de kyste de la peau et des tissus mous - d'hématome de la peau et des tissus mous - d'abcès de la peau et des tissus mous - de phlegmon de la peau et des tissus mous- de lymphocèle de la peau et des tissus mous - d'infection de la main (cf 13.04.03.01)			
À l'exclusion de : évacuation - d'abcès de la fosse ischiorectale (cf 07.03.08.05)			
QZJB002 [F]	Évacuation de collection superficielle et/ou profonde de la peau et des tissus mous, par voie transcutanée sans guidage	3 045	5 146
QZJA009 [F]	Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct	4 569	7 722
QZJA011 [F]	Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct À l'exclusion de : - évacuation - d'un phlegmon cervicofacial et médiastinal diffus, par cervicotomie (QAJA003)- d'un abcès du scrotum, par abord direct (JHJA001) - mise à plat- de lésion infectieuse du cuir chevelu (QAPA002)- d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté (QBPA001)	5 668	9 579
Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous			
Comprend : excision - de cellulite infectieuse de la peau et des tissus mous- de gangrène de la peau et des tissus mous- d'hydrosadénite- d'anthrax- de sinus pilonidal			
Avec ou sans :- suture immédiate- drainage			
À l'exclusion de : excision de fasciite nécrosante- périnéofessière (JZFA001) - de l'avant-bras et/ou de la main (MJFA009)			
QZFA038 [F, R]	Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur moins de 50 cm ²	7 784	13 155
QZFA023 [F, R]	Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur 50 cm ² à 200 cm ²	13 368	22 592
Parage et/ou suture de plaie			
Avec ou sans : extraction de corps étranger récent			
BACA008 [F, M]	Suture de plaie du sourcil	3 469	5 863
BACA002 [F, M]	Suture d'une plaie cutanée d'une paupière, sans atteinte du bord libre	3 469	5 863
GAJA002 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie du nez	6 430	10 867
HAJA003 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie cutanée non transfixiante de lèvre	4 061	6 863
HAJA006 [F, M, U]	Parage et/ou suture de plaie transfixiante de lèvre	6 599	11 152

Liste des codes CPAM les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale

Code actes	Libellé	Tarif d'autorité	Tarif conventionnel
Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau et du tissu cellulaire souscutané Par atteinte superficielle [susfasciale] de la peau, on entend : toute atteinte de l'épiderme, du derme et/ou du tissu cellulaire souscutané ne dépassant pas le fascia superficiel. Avec ou sans : extraction de corps étranger récent En cas de parage et/ou de suture de plaies multiples, additionner les longueurs des plaies traitées, par localisation et par type de plaies.			
QAJA013 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de moins de 3 cm de grand axe	3 741	6 322
QAJA005 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe	8 884	15 014
QAJA002 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de la face de plus de 10 cm de grand axe	9 899	16 729
OZJA002 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face	3 045	5 146
OZJA017 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face	6 177	10 439
OZJA015 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie superficielle de la peau de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face	7 360	12 438
Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous Par atteinte profonde de la peau et des tissus mous, on entend : atteinte pluritissulaire de la peau et des tissus mous, atteignant le fascia superficiel [fasciale] ou le dépassant [sousfasciale]. Avec ou sans : extraction de corps étranger récent En cas de parage et/ou de suture de plaies multiples, additionner les longueurs des plaies traitées, par localisation et par type de plaies. Avec ou sans : suture de muscle et de fascia			
OZJA016 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	5 838	9 866
OZJA012 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	7 360	12 438
OZJA001 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	10 153	17 159
QAJA004 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de moins de 3 cm de grand axe	7 482	12 645
QAJA006 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de grand axe	11 338	19 161
QAJA012 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe	14 383	24 307
QAJA009 [F, P]	Parage initial d'un délabrement des tissus mous de la face	25 551	43 181
QCJA001 [F, M]	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main	7 482	12 645

Liste des codes CPAM les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale

Code actes	Libellé	Tarif d'autorité	Tarif conventionnel
Soins de brûlures en ambulatoire			
Note : En cas de brûlures multiples, considérer les surfaces additionnées.			
K8	surface au-dessous de 10 cm ²	2 448	3 496
K15	surface inférieure à 10 % de la surface du corps	4 590	6 555
Exérèse de lésion de la peau et des tissus mous Avec ou sans : suture de la plaie Comprend : exérèse - de kyste- de tumeur- de verrue- de cicatrice- de tatouage- d'escarre- d'angiome cutané- de nécrose- de			
QZFA028 [F]	Exérèse tangentielle de 1 à 5 lésions cutanées À l'exclusion de : exérèse tangentielle de molluscum contagiosum (QZFA010)	3 483	5 886
QZFA021	Exérèse tangentielle de 6 lésions cutanées ou plus À l'exclusion de : exérèse tangentielle de molluscum contagiosum (QZFA010, QZFA015)	4 163	7 035
QZFA010	Exérèse tangentielle de 1 à 20 molluscum contagiosum	2 804	4 739
QZFA015	Exérèse tangentielle de 21 molluscum contagiosum ou plus	4 333	7 323
QZFA013	Exérèse de 1 à 5 lésions cutanées, par curetage	3 908	6 605
QZFA022	Exérèse de 6 lésions cutanées ou plus, par curetage	5 098	8 616
QZFA036 [F]	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de moins de 5 cm ²	3 437	5 809
QZFA031 [F]	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 2 à 5 zones cutanées de moins de 5 cm ²	5 098	8 616
QZFA003 [F]	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision de 6 zones cutanées ou plus de moins de 5 cm ²	6 346	10 725
QZFA004 [F]	Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 5 cm ² à 10 cm ²	6 346	10 725
QZFA002 [F]	Exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau	6 457	10 912
QZFA001 [F]	Exérèse de 2 à 5 lésions souscutanées susfasciales de moins de 3 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau	8 461	14 299
QZFA005 [F]	Exérèse de 6 lésions souscutanées susfasciales ou plus de moins de 3 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau	10 576	17 873
QZFA007 [F]	Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe Avec ou sans : résection de peau	9 476	16 014

Liste des codes CPAM les plus fréquents pour la spécialité Médecine générale

Code actes	Libellé	Tarif d'autorité	Tarif conventionnel
<i>Ablation de corps étranger de la peau et des tissus mous</i>			
À l'exclusion de : - ablation de corps étranger récent de la peau et des tissus mous au cours du parage d'une plaie - ablation secondaire de corps étranger de la paupière (BAGA001)			
QZGA004 [F]	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau, en dehors du visage et des mains	4 569	7 722
QAGA003 [F]	Ablation d'un corps étranger superficiel de la peau du visage ou des mains	5 668	9 579
QZGA007 [F]	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau, en dehors du visage et des mains	8 038	13 584
QAGA002 [F]	Ablation de plusieurs corps étrangers superficiels de la peau du visage et/ou des mains	9 053	15 300
QZGA003 [F]	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous, en dehors du visage et des mains	7 192	12 154
QAGA004 [F]	Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains	9 646	16 302
QZGA006 [F]	Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous, en dehors du visage et des mains	10 068	17 015
DIVERS			
EGFA007 [F]	Excision d'une thrombose hémorroïdaire	7 482	12 645
EGJA001	Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe	7 482	12 645