

**Notice explicative des règles de présentation des  
« Tarifs d'honoraires habituellement demandés »**

**Les tarifs communiqués sont « Les tarifs d'honoraires habituellement demandés » (Art. 18 Loi 13.08.2004).**

Pour les médecins généralistes et spécialistes, deux catégories d'actes sont susceptibles de faire l'objet d'un affichage de tarifs :

- les consultations
- les actes techniques.

Pour les consultations, il n'y a pas de modification concernant l'affichage des actes et tarifs pratiqués par rapport aux versions précédentes d'Ameli-direct.

## **PRINCIPES GENERAUX**

---

### **Les données praticiens :**

Les calculs sont effectués pour les praticiens de France Entière (y compris les Départements d'Outre Mer) et pour chaque lieu d'exercice du praticien.

### **Les données bénéficiaires :**

Seules les données de remboursement des bénéficiaires du Régime Général hors SLM sont prises en compte.

Les actes concernant les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire sont exclus du calcul des tarifs.

### **Les données de tarifs : règles communes aux consultations et aux actes techniques.**

Les tarifs affichés pour les médecins de secteur 1 ou de secteur 1 avec droit à dépassement permanent (DP) et de secteur 2 ayant adhéré à l'option de coordination sont les tarifs conventionnels.

Les tarifs affichés pour les médecins de secteur 1 DP ou de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'option de coordination, médecins dits à honoraires libres, sont les tarifs pratiqués, calculés sur la base des données de remboursement.

Pour les médecins non conventionnés, aucun tarif n'est renseigné, le message suivant est affiché :

*« Ce praticien n'est pas conventionné avec l'Assurance Maladie. Il fixe librement ses tarifs et le remboursement par l'Assurance Maladie est très faible. Nous vous invitons à lui demander directement ses tarifs. »*

Pour chaque acte, la base de remboursement de l'Assurance Maladie est précisée.

## **REGLES D'AFFICHAGE DES TARIFS DES CONSULTATIONS**

---

### **CONDITIONS GENERALES**

#### **Les actes sélectionnés**

Le périmètre retenu est celui des consultations des omnipraticiens (actes C) et des spécialistes (actes CS, CsC, CnPsy, C2, C2,5).

Sont exclus :

- les actes facturés pour un montant supérieur ou égal à 10 fois le tarif conventionnel et les actes facturés inférieurs au tarif conventionnel (y compris les actes gratuits).
- les tarifs statistiquement non représentatifs (lorsqu'ils sont pratiqués dans moins de 2,5 % des cas) qui risqueraient de fausser l'information fournie à l'assuré dans la mesure où ils représentent l'exception.
- les majorations de nuit, de dimanches et jours fériés, d'urgence.

#### **La période d'observation**

Les tarifs des médecins de secteur 1 avec dépassement permanent ou de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'option de coordination sont calculés sur trois mois de remboursement pour les soins ayant eu lieu au cours des 6 derniers mois.

Les informations sont mises à jour tous les mois.

#### **Un seuil d'activité minimum est requis pour l'affichage des tarifs pratiqués par les médecins à honoraires libres**

- spécialistes en médecine générale : au moins 50 actes
- cardiologues et chirurgiens : au moins 20 actes
- autres spécialités : au moins 25 actes

### **MODALITES DE DETERMINATION ET DE PRESENTATION DES TARIFS PRATIQUES PAR LES MEDECINS A HONORAIRES LIBRES**

Le tarif pratiqué est arrondi à l'euro près sauf s'il est égal au tarif conventionnel (dans ce cas, les décimales sont conservées). L'information fournie à l'assuré est

- soit le tarif le plus fréquent, avec éventuellement une fourchette de tarifs.
- soit le tarif médian<sup>1</sup> avec une fourchette de tarif.
- soit une fourchette de tarifs sans tarif repère.

---

<sup>1</sup> Le tarif médian partage les tarifs classés du plus bas au plus haut tel que la moitié des actes (50%) a été facturée à un tarif inférieur ou égal à ce tarif.

## REGLES D’AFFICHAGE DES TARIFS DES ACTES TECHNIQUES

### CONDITIONS GENERALES

#### Les actes sélectionnés

1 779 actes CCAM, représentant en moyenne 94% de l’activité des médecins (toutes spécialités confondues). Afin de faciliter la recherche et la compréhension des internautes, ces 1 779 codes actes sont regroupés dans 207 familles d’actes médicalement cohérentes. En outre, chaque famille d’actes a un intitulé vulgarisé et une définition.

Les actes suivants sont exclus :

- Actes pratiqués en urgence
- Actes pratiqués en unités de réanimation, de soins intensifs, de soins continus
- Actes sans tarif ou non pris en charge
- Actes de radiothérapie : tarif global difficile à reconstituer
- Actes d’anatomo-cytopathologie (trop récemment intégrés à la CCAM)
- Actes des chapitres 18 et 19 (sauf quelques exceptions)
- Actes très peu fréquents, après analyse de l’activité CCAM individuelle de chaque médecin

#### La période d’observation :

Les tarifs et/ou les seuils d’affichage des actes sont calculés sur six mois de remboursement pour les soins ayant une antériorité de six mois maximum. La périodicité de mise à jour des tarifs est le trimestre, les tarifs des actes techniques évoluant peu d’un mois sur l’autre.

#### L’affichage et le calcul du tarif d’un acte sont soumis à des seuils d’activité minimum

Quel que soit le secteur de conventionnement du médecin, l’acte est affiché s’il est réalisé au moins 2 fois sur la période étudiée.

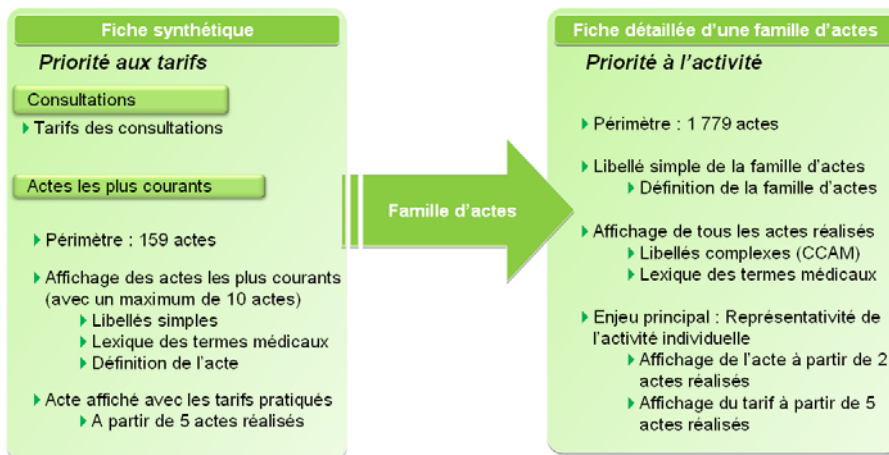
Pour les médecins de secteur 1 ou ayant adhéré à l’option de coordination, le tarif opposable est indiqué dès que l’acte est affiché.

Pour les médecins de secteur 2 ou 1 DP (hors option de coordination), le tarif calculé de l’acte est affiché si il est réalisé au moins 5 fois sur la période étudiée. Ce seuil est également appliqué pour le calcul des tarifs des gestes associés (anesthésie, imagerie, second intervenant, circulation extracorporelle).

#### Les modalités d’affichage :

- **Une fiche synthétique** : les tarifs des actes les plus courants parmi 159 actes CCAM ; ces 159 actes représentent 59% de l’activité des médecins ;
- **Une fiche détaillée** : tous les actes réalisés parmi 1 779 codes actes CCAM regroupés au sein de 207 familles d’actes et représentant 94% de l’activité des médecins ;

Pour résumer :



### MODALITES DE DETERMINATION ET DE PRESENTATION DES TARIFS DES MEDECINS A HONORAIRES LIBRES

Pour **les gestes principaux**, l’information fournie à l’assuré est la suivante :

- soit le tarif le plus fréquent avec éventuellement une fourchette de tarifs (utilisation du tarif le plus fréquent dans au moins la moitié des cas),
- soit le tarif médian avec une fourchette de tarifs,
- soit une fourchette de tarifs sans tarif repère.

Pour **les gestes associés** au geste principal, l’information fournie à l’assuré est la suivante :

- soit le tarif lorsqu’il est unique,
- soit une fourchette de tarifs.

Les gestes associés sont affichés à la suite du geste principal. Le tarif du geste associé est affiché uniquement si le tarif du geste principal est renseigné.

**Le tarif des anesthésies** (hors anesthésies complémentaires) est également affiché au niveau des anesthésistes en tant que geste principal.

Les **suppléments systématiques** (injection de produit de contraste, modificateurs...) sont inclus dans les tarifs.