Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

NOR : *AFSS1629881A*

La ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics,

Vu le code la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15 ;

Le Conseil national de l'ordre des médecins consulté,

Arrêtent :

Art. 1er. – Est approuvée la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, annexée au présent arrêté et conclue le 25 août 2016, entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Fédération française des médecins généralistes dite « MG France », la Fédération des médecins de France et le syndicat Le BLOC.

Art. 2. – La ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 octobre 2016.

La ministre des affaires sociales et de la santé,
MARISOL TOURAINE

Le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics,
CHRISTIAN ECKERT

CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX ET L'ASSURANCE MALADIE, SIGNÉE LE 25 AOÛT 2016

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 162-5, L.162-14-1 et L.162-15.
Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 1434-4.

Il est convenu ce qui suit entre

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM),

et

La Fédération Française des Médecins Généralistes
La Fédération des Médecins de France,
Le Bloc

Préambule

Acteur central de la prise en charge de la santé de la population, le médecin libéral exerce son activité en coordination avec les professionnels de santé en ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social. La médecine de ville joue un rôle clef dans le nécessaire virage ambulatoire de notre système de santé, gage d'une prise en charge plus efficiente, mieux coordonnée et plus adaptée aux besoins des patients et à l'évolution de leurs pathologies.

Les médecins expriment des attentes fortes en termes d'amélioration de leurs conditions d'exercice pour libérer du temps médical et mieux prendre en charge leurs patients, de juste valorisation de leur activité qui doit tenir compte de la complexité des différentes situations cliniques et conforter la qualité des pratiques et leur investissement dans la prévention et le traitement des pathologies chroniques. Ils ont également besoin d'avoir des outils, des systèmes d'informations et des conditions de travail leur permettant d'échanger avec les autres acteurs du système de santé pour décloisonner la prise en charge des patients.

Notre système d'assurance maladie universel et solidaire joue un rôle clef dans l'accès de tous à des soins de qualité. L'assurance maladie veille à faciliter l'accès aux droits et aux soins des assurés et à améliorer les conditions d'exercice des médecins pour favoriser la qualité des pratiques médicales. Cette mission s'exerce à la fois par les dispositifs de rémunération et de valorisation de l'activité médicale, le soutien aux pratiques efficientes et au développement de la prévention, la simplification des processus et la modernisation concrète des échanges entre les médecins et l'assurance maladie.

Pour répondre aux attentes des patients d'un accès aux soins facilité sur le territoire, d'une prise en charge coordonnée de leurs pathologies, privilégiant la qualité et la prise en charge en ambulatoire, l'assurance maladie et les médecins libéraux souhaitent s'engager dans des objectifs partagés et des mesures structurantes. La convention médicale négociée entre l'UNCAM, les syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'UNOCAM marque une volonté commune des partenaires d'avancer dans la consolidation d'une médecine de ville de qualité, mieux valorisée et organisée, et de contribuer ainsi aux évolutions du système de santé pour renforcer la prise en charge en ambulatoire. Ce cadre négocié est en effet un levier important d'accompagnement dans la durée et de soutien à la transformation des organisations et des pratiques sur le terrain.

La nouvelle convention médicale s'attache à moderniser les conditions d'exercice de l'activité libérale, conforter la qualité des pratiques et valoriser la prise en charge des patients en tenant compte de la complexité des différentes situations cliniques.

Les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance de garantir un accès aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire en améliorant la répartition de l'offre et en assurant l'accessibilité financière des prises en charge. La convention met en place de nouveaux dispositifs plus incitatifs à l'installation des jeunes médecins dans les zones déficitaires et améliore les contrats existants notamment pour faciliter l'accompagnement par un médecin déjà installé. En outre, la convention

propose une nouvelle option pour une pratique tarifaire maîtrisée de manière à réduire le reste à charge pour les assurés sociaux.

Les partenaires conventionnels souhaitent conforter la place du médecin généraliste et le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi des patients, en étendant également ce suivi aux enfants. Le rôle des médecins dans la prévention dès le plus jeune âge, le dépistage et la sensibilisation des patients à la gestion de leur santé est renforcé, tout particulièrement à l'égard des populations les plus défavorisées, de manière à limiter les inégalités de santé. Cette mission du médecin traitant est valorisée par un nouveau forfait patientèle médecin traitant qui tient compte des caractéristiques de ses patients en termes d'âge, de pathologie et de précarité.

Les partenaires conventionnels conviennent de l'importance de faciliter la coordination entre les interventions des spécialistes de premier et de second recours pour mieux prendre en charge les patients et notamment éviter des hospitalisations en urgence ou prévenir des ré-hospitalisations. La convention médicale valorise ainsi l'activité des médecins en tenant compte du niveau de complexité des situations cliniques.

Pour soutenir la modernisation de l'organisation des soins de ville et favoriser l'émergence de parcours organisés autour du patient, les partenaires conventionnels créent un forfait structure qui va progressivement se développer et soutenir la mise en place de services nouveaux aux patients.

Les partenaires conventionnels réaffirment enfin leur engagement en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et leur volonté de valoriser la qualité des pratiques médicales. Ils renforcent les objectifs de prévention, de suivi des pathologies chroniques et d'efficience en visant une nouvelle progression des résultats et conviennent d'améliorer la réactivité globale du dispositif de rémunération sur objectif afin de faciliter l'adaptation des indicateurs aux données de la science et aux priorités de santé publique.

Titre préliminaire – Portée de la convention nationale

Article 1. Objet de la convention

La présente convention a pour objet :

- de rassembler les principes, modalités et procédures appelés à régir les relations entre l'assurance maladie et les médecins libéraux ayant adhéré à la présente convention ;
- d'améliorer l'accès aux soins de premier et second recours et aux soins spécialisés par la mise en place de mesures organisationnelles et incitatives à l'installation dans les zones déficitaires en offre médicale ;
- d'accompagner la mise en place d'une meilleure structuration de l'offre de soins pour développer une médecine de parcours et de proximité organisée autour du patient et coordonnée par le médecin traitant en lien avec les différents médecins correspondants ;
- de renforcer les actions de prévention, de dépistage et de promotion de la santé ;
- de valoriser la qualité des pratiques médicales avec la poursuite de la rémunération sur objectifs de santé publique ;
- d'améliorer les pratiques, l'efficience des soins et la juste valorisation des actes pour la bonne prise en charge des patients en ville ;
- de garantir l'accessibilité financière aux soins avec la poursuite de la dynamique de maîtrise des dépassements d'honoraires engagée avec la mise en place d'une option à tarif maîtrisé et des actions conventionnelles sanctionnant les pratiques tarifaires excessives au sens de l'article 85 ;
- de déterminer les modalités et procédures de facturation et de règlement des prestations remboursables par l'assurance maladie.

Article 2. Conventionnement

La présente convention s'applique :

- aux médecins exerçant à titre libéral, inscrits au tableau de l'Ordre national des médecins et qui ont fait le choix d'exercer sous le régime conventionnel, pour les soins dispensés sur leur lieu d'exercice professionnel ou au domicile du patient dans les conditions définies au Titre 4 ;
- aux praticiens statutaires temps plein hospitalier exerçant dans les établissements publics de santé qui font également le choix d'exercer sous le régime de la présente convention, pour la partie de leur activité effectuée en libéral qu'ils sont autorisés à exercer dans les conditions définies dans le code de la santé publique ;
- aux médecins autorisés par dérogation à effectuer en France une libre prestation de services au sens du code de la santé publique habilités par l'Ordre des médecins qui peuvent faire le choix d'exercer sous le régime conventionnel.

L’exercice dans le cadre d’un contrat d’exercice libéral avec un établissement public de santé dans les conditions définies aux articles L. 6146-2 et R. 6146-17 et suivants du code de la santé publique n’entre pas dans le champ d’application de la présente convention.

La présente convention s’applique également aux organismes de tous les régimes d’assurance maladie obligatoire.

Sont désignés dans la présente convention comme les « caisses » et « l’assurance maladie » les organismes chargés de la gestion d’un régime d’assurance maladie obligatoire auxquels la convention s’applique. Lorsque la seule caisse primaire ou caisse générale de sécurité sociale est visée, elle est réputée agir pour son compte et pour le compte de tous les organismes d’assurance maladie obligatoire auxquels la convention s’applique.

La convention entre en vigueur le lendemain de la publication de son arrêté d’approbation.

Les médecins placés sous le régime de la présente convention bénéficient des droits inscrits dans la convention et s’engagent à en respecter toutes les dispositions ainsi que celles des textes régissant l'exercice de la profession.

Ces engagements s'imposent également aux médecins qui exercent avec ou à la place d'un médecin conventionné dans le cadre d'un remplacement ou d'une collaboration salariée. Dans ces cas, le médecin conventionné informe les intéressés de l’obligation qui leur incombe de respecter les dispositions conventionnelles.

Les caisses d’assurance maladie s’engagent à respecter toutes les dispositions prévues par la présente convention et les textes réglementaires régissant l’exercice de la médecine. Dans ce cadre, elles mettent notamment en œuvre les dispositifs informatiques ou d’organisation adaptés.

Article 3. Les patients bénéficiaires des dispositions conventionnelles

Les dispositions conventionnelles bénéficient à l’ensemble des ressortissants relevant des risques garantis par les régimes d’assurance maladie obligatoire, y compris le régime de la couverture maladie universelle, et celui des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Titre 1. Conforter l'accès aux soins

Sous-Titre 1. Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire

Les disparités observées dans la répartition des professionnels de santé sur le territoire posent d'ores et déjà des problèmes d'accès aux soins, dans les zones très sous dotées voire sous dotées. Elle se traduit, pour les médecins installés dans ces zones, par une sollicitation importante pour assurer la continuité et la permanence des soins.

Les partenaires conventionnels souhaitent réaffirmer leur volonté de mettre en place une politique structurante visant à favoriser l'implantation et le maintien des médecins libéraux dans ces zones.

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les modalités de détermination des zones d'application des mesures conventionnelles en faveur d'une meilleure répartition géographique des professionnels de santé sur tout le territoire pour répondre aux besoins d'accès aux soins.

Ces zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique sont déterminées par les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS) selon des critères définis par décret en cours de préparation à la date de signature de la présente convention.

En outre, la loi n°2016-41 précitée prévoit l'élaboration par les partenaires conventionnels de contrats types nationaux relatifs à la démographie comportant des modalités d'adaptations régionales par les directeurs généraux des ARS se concrétisant par l'élaboration de contrats types régionaux. Les médecins éligibles à ces contrats concluent ensuite un contrat individuel avec l'Assurance Maladie et les ARS, conforme au contrat type régional. L'assurance maladie transmet pour information les contrats types régionaux aux commissions paritaires régionales.

Au regard des résultats obtenus par les précédents dispositifs conventionnels mis en place (avenant 20 à la convention médicale de 2005 et options démographie et santé solidarité territoriale de la convention médicale de 2011) et dans le cadre des évolutions législatives et réglementaires ci-dessus, les partenaires conventionnels ont souhaité adopter de nouvelles mesures destinées à renforcer certains dispositifs existants et en créer de nouveaux afin de favoriser l'installation dans les zones précitées. Ainsi, ils s'accordent sur la création de plusieurs contrats type nationaux applicables au sein des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins définies au niveau des ARS, conformément au cadre réglementaire, visant à :

- apporter une aide financière significative aux médecins s'y installant, lesquels doivent faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité en exercice libéral,
- accompagner la transition entre les médecins préparant leur cessation d'exercice et ceux nouvellement installés dans leurs cabinets médicaux,
- encourager les médecins qui s'impliquent dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné et dans l'activité de formation des futurs

diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme l'installation et le maintien en exercice libéral de médecins dans ces territoires,

- favoriser l'intervention ponctuelle de médecins venus apporter leur aide à leurs confrères installés dans ces territoires.

Article 4. Contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans les zones sous-dotées

Article 4.1 Objet du contrat d'installation

Ce contrat a pour objet de favoriser l'installation des médecins dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans lesdites zones pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements. charges diverses, etc.).

Article 4.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Ce contrat est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. s'installer en exercice libéral dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définies au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. exercer une activité libérale conventionnée, dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention,
3. exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou appartenir à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique) avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS,
4. s'engager à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Pour un même médecin, le contrat d'installation n'est cumulable ni avec le contrat de transition défini à l'article 5 de la présente convention, ni avec le contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 6 de la présente convention.

Un médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation médecin.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Les médecins ayant un projet d'installation dans les zones identifiées par l'ARS comme particulièrement déficitaires en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peuvent rencontrer des difficultés pour débuter leur activité libérale au sein d'un groupe ou pour intégrer un projet de santé dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires.

Dans ce cadre, l'ARS peut, dans le contrat type régional qu'elle arrête, conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale, ouvrir le contrat aux médecins s'installant dans les zones précitées ne remplissant pas, au moment de l'installation, la troisième condition d'éligibilité au contrat. Les médecins concernés s'engagent à remplir cette condition d'éligibilité, à savoir exercer en groupe ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires, dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 4.2.

Article 4.3 Engagements du médecin dans le contrat d'installation en zone sous-dotée

En adhérant au contrat d'installation, le médecin s'engage à exercer en libéral, en groupe, en communauté professionnelle territoriale de santé, ou en équipe de soins primaire son activité au sein de la zone pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion. Le médecin s'engage alors à proposer aux patients de ce territoire une offre de soins d'au moins deux jours et demi par semaine au titre de son activité libérale dans la zone.

Le médecin s'engage également à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Le médecin peut également s'engager, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation et de la majoration pour l'activité au sein des hôpitaux de proximité, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin.

Article 4.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat d'installation

Le médecin adhérant au contrat bénéficie d'une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 50 000 euros pour une activité de quatre jours par semaine. Pour le médecin exerçant entre deux jours et demi et quatre jours par semaine à titre libéral dans la zone, le montant est proratisé sur la

base de 100% pour quatre jours par semaine (31 250 euros pour deux jours et demi, 37 500 euros pour trois jours et 43750 pour trois jours et demi par semaine). Cette aide est versée dans les conditions suivantes :

- 50% à la signature du contrat,
- le solde de 50% à la date du 1er anniversaire du contrat.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une majoration de ce forfait d'un montant de 2 500 euros s'il s'est engagé, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de santé publique. La somme correspondant à cette majoration est versée dans les conditions suivantes : 1 250 euros lors de la signature du contrat et 1 250 euros à la date du 1er anniversaire du contrat.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide forfaitaire dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide forfaitaire prévue dans le présent article (hors majoration liée à l'engagement optionnel sur l'activité libérale exercée dans les hôpitaux de proximité). Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 4.2.

Article 4.5 Articulation du contrat type national en faveur de l'installation en zone sous-dotée et des contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 3 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 4.2 de la présente convention.

Article 5. Contrat de transition pour les médecins (COTRAM)

Article 5.1 Objet du contrat de transition

Ce contrat a pour objet de soutenir les médecins installés au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévues à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Cet accompagnement se traduit notamment par un soutien dans l'organisation et la gestion du cabinet médical, la connaissance de l'organisation des soins sur le territoire et l'appui à la prise en charge des patients en fonction des besoins du médecin.

Article 5.2 Bénéficiaires du contrat de transition

Le contrat de transition est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. exercer une activité libérale conventionnée,
3. être âgés de 60 ans et plus,
4. accueillir au sein de leur cabinet (en tant qu'associé, collaborateur libéral,…) un médecin qui s'installe dans la zone (ou un médecin nouvellement installé dans la zone depuis moins d'un an), âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné.

Pour un même médecin, le contrat de transition n'est cumulable ni avec le contrat d'installation défini à l'article 4 de la présente convention ni avec le contrat de stabilisation et de coordination défini à l'article 6 de la présente convention ni avec l'option démographie issue de l'arrêté du 22 septembre 2011 et définie à l'annexe 7 de la présente convention.

Article 5.3 Engagements du médecin dans le contrat de transition

En adhérant au contrat de transition, le praticien s'engage à accompagner son confrère nouvel installé dans son cabinet pendant une durée de trois ans dans toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients en fonction des besoins de ce dernier.

Le contrat peut faire l'objet d'un renouvellement pour une durée maximale de trois ans en cas de prolongation de l'activité du médecin adhérant au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité de ce dernier.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de transition

Le médecin adhérant au contrat bénéficie chaque année d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1°de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des médecins éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

Article 5.5 Articulation du contrat type national de transition et des contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 4 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 5.2 de la présente convention.

Article 6. Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

Article 6.1 Objet du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat valorise la pratique des médecins exerçant dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une équipe de soins primaires ou à une communauté professionnelle territoriale de santé définies aux articles L. 1411-11-1 et L. 1434-12 du code de santé publique.

Le contrat vise également à valoriser :

- l'activité de formation au sein des cabinets libéraux situés dans les zones précitées par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de la réalisation d'un stage ambulatoire afin de favoriser de futures installations en exercice libéral dans ces zones,
- la réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein des hôpitaux de proximité définis à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité.

Article 6.2 Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. exercer une activité libérale conventionnée,
3. exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique.

Pour un même médecin, le contrat de stabilisation et de coordination n'est cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation définie à l'article 4 de la présente convention ni avec le contrat de transition prévu l'article 5 de la présente convention ni avec l'option démographie issue de l'arrêté du 22 septembre 2011 et définie à l'annexe 7 de la présente convention.

Article 6.3 Engagement du médecin dans le contrat de stabilisation et de coordination

En adhérant au contrat, le praticien installé au sein d'une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, s'engage à exercer en groupe formé entre médecins ou pluri-professionnel ou à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique. Ce contrat est conclu pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

Le médecin peut également s'engager, à titre optionnel :

- à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité tel que défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité,
- à exercer les fonctions de maître de stage universitaire prévues au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique et à accueillir en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine générale.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

L'ARS peut ouvrir le contrat type régional aux stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour les internes, après appréciation des éventuelles aides financières existant sur son territoire visant à favoriser cette activité de maitre de stage.

Article 6.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat de stabilisation et de coordination

Le médecin adhérant au contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 5 000 euros par an.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une majoration d'un montant de 1 250 euros par an versée au moment du paiement de l'aide forfaitaire précitée, s'il a réalisé une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de santé publique.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (correspondant à 50 % de la rémunération attribuée par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'exercice des fonctions de maitre de stage universitaire) s'il a accueilli des étudiants en médecine

réalisant un stage ambulatoire dans les conditions définies à l'article 6.3. Cette rémunération complémentaire est proratisée (*prorata temporis*) en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, les rémunérations versées sont proratisées sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :

Le médecin installé dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin, au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration, dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale :

- des rémunérations forfaitaires fixées dans le présent article pour l'exercice regroupé ou coordonné,
- de la rémunération forfaitaire définie pour l'exercice libéral au sein d'un hôpital de proximité,
- de la rémunération complémentaire pour l'accueil de stagiaires.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de chacune des rémunérations prévues dans le présent article. Cette dérogation régionale bénéficie au maximum à 20% des médecins éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

Article 6.5 Articulation du contrat type national de stabilisation et de coordination avec les contrats type régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 5 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS après appréciation des éventuelles aides existant dans la région pour soutenir cette activité conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale prévue dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 6.2 de la présente convention.

Article 7. Contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

Article 7.1 Objet du contrat de solidarité territoriale

Le contrat a pour objet d'inciter les médecins n'exerçant pas dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans les zones précitées.

Article 7.2 Bénéficiaires du contrat solidarité territoriale

Le contrat solidarité territoriale est proposé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

1. ne pas être installés dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
2. exercer une activité libérale conventionnée,
3. s'engager à réaliser une partie de son activité libérale représentant au minimum dix jours durant l'année dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Article 7.3 Engagements du médecin dans le contrat solidarité territoriale médecin

En adhérant au contrat solidarité territoriale, le médecin s'engage à exercer en libéral au minimum dix jours par an dans une des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le médecin s'engage dans ce contrat pour une durée de trois ans renouvelable par tacite reconduction.

En cas de résiliation anticipée du contrat par le médecin, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 7.4 Engagements de l'Assurance Maladie dans le contrat solidarité territoriale

Le médecin adhérant au contrat de solidarité territoriale bénéficie d'une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, ou dans des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin.

Le médecin adhérant bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones précitées. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

<u>Modulation possible par l'ARS dans un contrat type régional :</u>

Le médecin réalisant une partie de son activité libérale dans une zone identifiée par l'ARS comme particulièrement déficitaire en médecin au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ou prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, peut bénéficier d'une majoration de cette aide à l'activité dans les conditions définies dans le contrat type régional arrêté par chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de sécurité sociale. Cette majoration ne peut excéder 20% de l'aide à l'activité prévue dans le présent article.

Article 7.5 Articulation du contrat solidarité territoriale avec les contrats types régionaux

Le contrat type national est défini en Annexe 6 de la présente convention conformément aux dispositions de l'article L.162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Les contrats types régionaux sont définis par chaque ARS conformément aux dispositions du contrat type national. Les dispositions pouvant faire l'objet d'une modulation régionale comme prévu dans le contrat type national sont définies dans les contrats types régionaux.

Un contrat tripartite entre le médecin, la caisse d'assurance maladie et l'ARS conforme au contrat type régional est proposé aux médecins éligibles définis à l'article 7.2 de la présente convention.

Article 8. Impact de la nouvelle convention sur les options démographie de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les options démographie souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme selon les dispositions figurant en Annexe 7 de la présente convention.

Les options santé solidarité territoriale souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent, selon les dispositions figurant en Annexe 8 de la présente convention, jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'ARS, du contrat type régional de solidarité territoriale. A compter de la publication de ce contrat type régional de solidarité territoriale médecin, il est mis fin aux options santé solidarité territoriale en cours. Il est proposé aux médecins concernés de souscrire au nouveau contrat de solidarité territoriale défini à l'article 7 de la présente convention.

A compter de l'entrée en vigueur de la présente convention, il est mis fin à la possibilité d'adhérer à l'option démographie et à l'option santé solidarité territoriale issues de la convention de 2011 précitée.

Article 9. Modalités de mise en œuvre des contrats définis dans la présente section

Dès l'entrée en vigueur de la présente convention et l'adoption par le directeur général de l'ARS des contrats types régionaux, les adhésions aux contrats définis aux articles 4 à 7 de la présente convention sont ouvertes.

Dans l'attente de la publication des décisions des directeurs des ARS arrêtant les nouveaux zonages mentionnés au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, les demandes d'adhésions aux contrats définis aux articles 4 à 7 de la présente convention sont appréciées au regard des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, selon le cadre réglementaire applicable à la date d'entrée en vigueur de la présente convention.

Dès publication de l'arrêté, par le directeur général de l'ARS, des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, les demandes d'adhésions aux contrats définis aux articles 4 à 7 de la présente convention sont appréciées au regard de ces nouveaux zonages.

Toutefois, par dérogation, les contrats conclus sur la base des modèles de contrats définis dans la présente convention par des médecins ne se trouvant plus dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins à la suite de la publication de l'arrêté du directeur général de l'ARS, se poursuivent jusqu'à leur terme. En effet, les médecins installés dans une zone antérieurement caractérisée comme disposant d'une offre de soins insuffisante doivent pouvoir conserver transitoirement le bénéfice de l'aide à laquelle ils étaient auparavant éligibles.

Sous-Titre 2. Faciliter l'accès au médecin traitant

Le conciliateur dont les missions sont définies à l'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale est amené à intervenir notamment quand le patient est confronté à des difficultés d'accès à un médecin traitant. Dans ce cadre, il prend contact avec les différents médecins installés dans une zone proche de la résidence du patient afin de voir si l'un d'entre eux a la capacité d'accepter que ce dernier le déclare comme médecin traitant.

Le conciliateur met en place également un partenariat avec le Conseil départemental de l'Ordre des médecins qui peut également être saisi pour le même motif par certains patients.

Un bilan des actions menées par les conciliateurs est présenté chaque année devant les Commissions paritaires locales afin que des mesures complémentaires puissent être proposées pour favoriser l'accès aux soins.

Sous-Titre 3. Garantir la permanence des soins

L'accès aux soins doit aussi être garanti aux assurés en dehors des heures ouvrables ou lors des jours non travaillés, à la fois en ville mais aussi en établissements de santé, pour les besoins de soins définis par les pouvoirs publics dans le cadre de la permanence des soins organisée réglementairement au plan régional.

Depuis la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la compétence d'organisation de la permanence des soins a été transférée aux ARS.

Les modalités d'organisation du dispositif de permanence des soins ambulatoire sont déterminées dans les cahiers des charges de la permanence des soins ambulatoire arrêtés par les directeurs généraux des ARS.

Dans ce cadre, les caisses continuent d'assurer le paiement des forfaits de régulation et d'astreinte dont le montant est déterminé dans les cahiers des charges régionaux visés supra pour la permanence des soins ambulatoire et le paiement des forfaits de garde et d'astreinte définis réglementairement pour la permanence des soins en établissements de santé privés, ainsi que le paiement des actes nomenclaturés effectués.

Article 10. Les majorations d'actes spécifiques de la permanence des soins ambulatoire

Les partenaires conventionnels définissent les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins libéraux dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires.

Ainsi, lorsque le médecin mentionné sur le tableau de permanence des soins ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins, intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il bénéficie de majorations spécifiques.

Le montant de ces majorations est distinct selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou qu'il effectue une visite à domicile justifiée. Le montant de ces majorations est défini à l'annexe 9.

Les assurés bénéficient, à l'occasion des actes réalisés dans le cadre de la permanence des soins régulée, d'une dispense d'avance des frais dans les conditions définies à l'article 13.

Sous-Titre 4. Mettre en œuvre la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux

Pour les assurés dont les revenus sont les plus modestes ou pour ceux qui sont confrontés, du fait de leur état de santé, à des dépenses de soins importantes, des dispositions, soit légales, soit conventionnelles, ont posé les conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier d'une dispense d'avance de leurs frais de santé dit tiers payant.

Le législateur a fixé le cadre juridique dans lequel la dispense d'avance de frais bénéficie aux assurés, ainsi que les règles de garantie et de délais de paiement apportées au médecin par les caisses d'assurance maladie, définies par l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, et qui s'appliquent à l'ensemble des paiements réalisés en tiers payant, y compris dans les cas particuliers décrits ci-après.

Article 11. Le Tiers Payant pour les bénéficiaires de l'ACS

Tiers payant intégral pour les patients disposant d'un contrat complémentaire sélectionné

Conformément à la réglementation, le tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) est proposé aux patients disposant de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé. Cette information figure dans la carte d'assurance maladie et dans l'attestation « tiers payant intégral » remise aux assurés.

Tiers payant sur la part obligatoire pour les patients n'ayant pas souscrit de contrat complémentaire sélectionné

Au-delà de ce cadre réglementaire, la dispense d'avance des frais pour la part obligatoire est également accordée par le médecin aux personnes bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) défini à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale, mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la santé.

Article 12. Le tiers payant pour certains actes et coefficients visés

Les médecins amenés à facturer des actes particulièrement coûteux, à savoir les actes de spécialités dont le coefficient ou le tarif est égal ou supérieur à celui visé à l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale, pratiquent la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les médecins amenés à pratiquer l'acte de lecture différée de photographie du fond d'œil évoqué à l'article 23.2 et à l'annexe 14 de la présente convention pratiquent également la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dans le cadre de la mise en place de la prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse, les partenaires conventionnels s'entendent pour promouvoir la dispense d'avance des frais pour cette catégorie de population dont l'état de santé bucco-dentaire est rendu particulièrement fragile durant cette période. Ainsi, les femmes enceintes bénéficient de la dispense d'avance des frais pour la réalisation de l'examen de prévention bucco-dentaire tel que prévu à l'annexe 13 de la présente convention.

Article 13. Le tiers payant dans le cadre de la permanence des soins

Dans le cadre d'une intervention du médecin d'astreinte consécutive à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, le patient bénéficie de plein droit d'une dispense d'avance de frais.

Cette dispense d'avance de frais est réalisée sur la part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire.

Article 14. La dispense d'avance des frais pour la délivrance des médicaments et certains dispositifs médicaux effectuée par les médecins propharmaciens

Afin de pallier l'absence d'officine dans certaines communes, l'article L. 4211-3 du code de la santé publique précise que les médecins qualifiés de propharmaciens peuvent être autorisés par l'ARS à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins, les médicaments et certains dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par arrêté, nécessaires à la poursuite du traitement qu'ils ont prescrit.

Les médecins ainsi habilités et régis par la présente convention peuvent adhérer à des conventions locales leur permettant de pratiquer la dispense d'avance des frais au profit des assurés sociaux pour la seule part des remboursements correspondant à la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoire. Ces conventions locales sont conformes à une convention type approuvée par le conseil d'administration de la CNAMTS le 28 novembre 2000.

Sous-Titre 5. Maîtriser les dépassements d'honoraires pour un meilleur accès aux soins

L'insuffisance de l'offre de soins à tarifs opposables dans certaines spécialités et dans certaines zones du territoire réduit l'accès aux soins, notamment pour les patients dont les revenus sont les plus modestes et ceux qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire prenant en charge ces dépassements ou de manière très limitée.

Pour ces patients, l'augmentation du nombre de praticiens de secteur à honoraires différents dans certaines spécialités pose d'indéniables difficultés d'accès aux soins, compte tenu de l'importance des restes à charge.

La maîtrise et la lisibilité des tarifs, ainsi que la prise en charge coordonnée des soins par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire apparaissent nécessaires pour garantir un meilleur accès aux soins.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour poursuivre la dynamique initiée avec le contrat d'accès aux soins instauré dans le cadre de la précédente convention en créant des options de pratique tarifaire maîtrisée visant à améliorer l'accès aux soins des patients, notamment ceux dont les revenus sont les plus modestes, en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les modalités de mise en œuvre de ces options sont définies aux articles 40 et suivants de la convention.

Titre 2. Développer la coordination des soins

Sous-Titre 1.Le parcours de soins

La réforme de 2005 a consacré le rôle du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours. Ses missions couvrent à la fois le diagnostic, le traitement, la prévention, le dépistage, le suivi au long cours mais également l'orientation des patients, selon leurs besoins, dans le système de soins, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels intervenant dans le cadre du parcours de soins.
Ce rôle pivot est essentiel pour accompagner le virage ambulatoire qui suppose une médecine de parcours organisée autour du patient, coordonnée par le médecin traitant, en lien avec les spécialistes correspondants.
La convention accompagne cette meilleure structuration du parcours de soins au service des patients :

- en confortant le rôle de premier recours du médecin traitant dans le suivi des patients (y compris des enfants) et dans l'organisation des interventions de second recours ;
- en s'appuyant sur son rôle clé dans le suivi au long cours des patients et son rôle de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation ; le développement des outils facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé doit faciliter cette démarche ;
- en renforçant également son action dans les actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants…), de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus…) et de promotion de la santé pour favoriser de meilleurs comportements (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques….), promus dès le plus jeune âge pour permettre notamment de réduire certaines inégalités de santé.

La mise en place du médecin traitant de l'enfant va, à ce titre, faciliter leur suivi au long cours et favoriser la prévention et la réduction des comportements à risque.

Article 15. Le Médecin traitant

Le médecin traitant favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant aux soins de ses patients. Son intervention contribue à la continuité ainsi qu'à la qualité des soins et des services apportés à la population.

Par ses fonctions de diagnostic, de conseil et d'orientation, le médecin traitant participe activement à la bonne utilisation du système de soins par ses patients avec le souci de délivrer des soins de qualité à la collectivité, à des coûts maîtrisés.

Article 15.1 Les missions du médecin traitant

Le médecin traitant :

- assure le premier niveau de recours aux soins ;
- contribue à l'offre de soins ambulatoire ;
- participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients ;
- oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés ;
- informe tout médecin correspondant des délais souhaitables de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ;
- rédige le protocole de soins en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favorise la coordination avec les autres professionnels et services participant à la prise en charge des patients notamment par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants qui peut être intégrée dans le DMP ;
- apporte au patient toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Plus spécifiquement pour ses patients âgés de moins de seize ans le médecin traitant :

- veille au bon développement de l'enfant ;
- assure le dépistage des troubles du développement, au cours, notamment, des examens obligatoires pris en charge à 100% entre 0 et 6 ans : évolution de la croissance, du langage, de la motricité, etc ;
- veille à la bonne réalisation du calendrier vaccinal ;
- soigne les pathologies infantiles aiguës ou chroniques ;
- conseille les parents en matière d'allaitement, de nutrition, d'hygiène, de prévention des risques de la vie courante… ;
- assure un dépistage et une prévention adaptés aux divers âges : addictions ; surpoids ; infections sexuellement transmissibles ; contraception ; risque suicidaire, etc.

Article 15.2 Les modalités de choix du médecin traitant

Conformément aux dispositions des articles L. 162-5-3 et D. 162-1-6 et suivants du code de la sécurité sociale, le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou un autre spécialiste quelle que soit sa spécialité.

Chaque assuré de 16 ans ou plus est invité à choisir un médecin traitant. Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, au moins l'un des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme d'assurance maladie. Cette indication s'effectue dès lors que l'enfant est rattaché à un assuré permettant de connaître l'organisme d'assurance maladie concerné.

Ce choix de médecin traitant se formalise par l'établissement d'un document "Déclaration de choix du médecin traitant", cosigné par l'assuré ou son représentant et le médecin.

La transmission s'effectue soit par voie électronique via les téléservices soit par envoi papier par l'assuré.

L'assuré peut changer à tout moment de médecin traitant.

Article 15.3 Les modalités particulières

Les partenaires conventionnels affirment leur attachement à l'application des mesures prévues aux articles L. 162-5-4 et D. 162-1-8 du code de la sécurité sociale précisant que la majoration prévue au 5° de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable pendant les cinq premières années aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou par un médecin qui s'installe dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins définie par les ARS.

Lorsque le médecin traitant est indisponible, des modalités particulières s'appliquent notamment :

En matière de remplacement :

Lorsque le médecin traitant est indisponible, le médecin qui assure pour la continuité des soins la prise en charge du patient est considéré comme médecin traitant pour l'application du parcours de soins.

En matière d'exercice en groupe :

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, tous les médecins de même spécialité exerçant au sein d'un même cabinet médical peuvent être considérés indifféremment comme médecin traitant pour la patientèle du cabinet, dès lors qu'ils se sont enregistrés auprès de l'organisme d'assurance maladie comme exerçant dans ce cadre.

Article 15.4 La valorisation du rôle de médecin traitant

15.4.1 Le forfait patientèle médecin traitant pour le suivi au long cours des patients

Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.). Il est en mesure, notamment à partir de ce dossier, d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné. Cette fiche de synthèse peut alimenter le dossier médical partagé du patient.

Les différentes rémunérations forfaitaires mises en place ces dernières années au profit du médecin traitant (forfaits pour le suivi des patients en ALD ou en suivi post ALD, forfait médecin traitant pour le suivi des autres patients, volet de synthèse dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique, majoration personnes âgées) ont eu pour objet de reconnaître ce rôle dans le suivi au long cours de ses patients et de valoriser la qualité des pratiques cliniques.

Les partenaires conventionnels reconnaissent la nécessité de renforcer la valorisation de la fonction de médecin traitant au regard de son rôle clé dans le suivi au long cours des patients, de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation. Ils s'accordent parallèlement sur la nécessité de donner davantage de lisibilité à la rémunération valorisant les missions spécifiques du médecin traitant.

Dans ce cadre, un nouveau forfait intitulé forfait patientèle médecin traitant (MTF) est créé. Ce forfait se substitue à compter du 1er janvier 2018 aux différents forfaits existants à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et définis à l'annexe 10 de la présente convention pour le suivi de la patientèle et à la rémunération du volet de synthèse médicale définie à l'annexe 16.

Ce nouveau forfait valorise les missions spécifiques du médecin traitant dans le suivi de sa patientèle.

Il est indexé sur la patientèle et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité.

Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont pris en compte, avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge, à partir des critères suivants :

- Enfant âgé de 0 à 6 ans : 6 euros
- Patient âgé de 80 ans et plus : 42 euros
- Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 42 euros
- Patient de 80 ans ou plus et atteint d'une ou plusieurs affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 70 euros
- Autres patients : 5 euros

Une majoration est appliquée au montant ainsi calculé en fonction de la part des patients CMUC dans la patientèle du médecin. Pour les patients bénéficiaires de la CMUC, si le taux est supérieur à la part calculée au niveau national de 7%, une majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux du médecin en pourcentage est applicable au montant de la rémunération au titre du forfait patientèle médecin traitant. La majoration appliquée est au maximum de 25 %. Le taux national de patients bénéficiaires de la CMUC est calculé sur la patientèle médecin traitant au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

La patientèle médecin traitant déclarante utilisée pour le calcul de la rémunération liée à ce forfait patientèle médecin traitant correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (pour les moins et les plus de 16 ans) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.
Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Ce forfait calculé annuellement (année civile) bénéficie aux médecins traitants. Le forfait patientèle médecin traitant (MTF) est réservé aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à

ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

Ce forfait est mis en place à compter de l'année 2018 et fera l'objet d'un premier versement partiel au cours du 1er semestre de chaque année de référence La régularisation du paiement dû au titre de ce forfait est versé au cours du 1er semestre de l'année suivante. De manière transitoire, les forfaits suivants définis dans la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 sont maintenus au titre des années 2016 et 2017 dans les conditions définies dans l'annexe 10 (forfait médecin traitant -FMT, forfait pour le suivi des patients en ALD -RMT, forfait pour le suivi des patients en suivi post ALD -RST et majoration pour personnes âgées -MPA).

Pour valoriser le rôle du médecin traitant dans le suivi au long cours des patients, ce forfait est co-financé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie, selon des modalités nouvelles mises en place à compter du 1er janvier 2018. L'UNCAM, l'UNOCAM et les syndicats médicaux considèrent que la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des rémunérations forfaitaires des médecins traitants, qui a été amorcée dans la convention précédente, peut se poursuivre si elle prend une forme différente. Ils conviennent à cet égard que la modalité, mise en place par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013, d'un prélèvement sur les organismes complémentaires d'assurance maladie, à hauteur de 150 millions d'euros, pour le financement du forfait médecin traitant (FMT), doit évoluer afin de permettre à chaque organisme complémentaire d'assurance maladie de pouvoir informer en toute transparence chacun de ses adhérents ou assurés sur les sommes qu'il aura directement versées à chaque médecin dans le cadre de ce cofinancement.
A cette fin, l'UNCAM et l'UNOCAM s'engagent à mettre en place, avant le 31 décembre 2017, une modalité technique et financière permettant d'atteindre cet objectif, dans des conditions de fiabilité et de simplicité pour les médecins bénéficiaires de ces rémunérations. La mise en place de cette nouvelle modalité, à compter de 2018, passe par le maintien de la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie, par le biais d'un prélèvement fiscal de 150 millions d'euros, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 et par sa suppression définitive dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

L'UNCAM propose à l'UNOCAM que, dans le cadre de la mise en place de cette nouvelle modalité, la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant (MTF) soit portée de 150 millions d'euros en 2017 à 250 millions d'euros en 2018 et 300 millions d'euros en 2019. L'UNOCAM se prononcera sur cette proposition lors de son Conseil du 16 septembre 2016, lors duquel elle délibérera sur son adhésion à la présente convention.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait patientèle médecin traitant est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de l'observatoire des mesures conventionnelles et à la Commission Paritaire Nationale définis dans la présente convention pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution.

15.4.2 Missions de santé publique

Le rôle spécifique du médecin traitant dans le domaine de la santé publique fait l'objet d'une valorisation plus globale dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique définie à l'article 27.

15.4.3 Mise en place en place d'outils et d'organisations nouvelles au service des patients

La présente convention permet également d'accompagner les médecins traitants qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien leur permettant de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale. Cet accompagnement se traduit par la mise en place d'un forfait structure dont les modalités sont définies à l'article 20.

15.4.4 Programmes d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des pathologies chroniques

Le médecin traitant est un acteur clé du développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques.

A ce titre, il est sollicité, dès l'entrée des patients qui le souhaitent dans ces programmes, et est associé à l'adaptation des programmes.

Il est tenu régulièrement informé des actions engagées dans le cadre des programmes d'accompagnement visés à l'article 23 et assure le suivi des informations transmises dans ce cadre. Il participe à l'évaluation périodique des programmes.

Il perçoit, pour les fonctions exercées au titre du présent article, une rémunération forfaitaire pour les patients concernés, dans les conditions définies à l'article 23.1.

Article 16. Le Médecin correspondant

Intervenant en coordination en lien avec le médecin traitant, le médecin correspondant permet l'accès aux soins de second recours.

Article 16.1 Les missions du médecin correspondant

Le médecin correspondant a notamment pour mission de :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé ; il s'engage à tenir compte des informations médicales relatives au délai de prise en charge transmises par le médecin traitant ;
- intervenir en lien avec le médecin traitant sur le suivi du patient et l'élaboration du projet de soins, le cas échéant ;
- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation

médicale du patient, les éléments se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient ;

- participer à la prévention et à l'éducation pour la santé ;
- intervenir en coopération avec les établissements de santé et contribuer à la prévention des hospitalisations inutiles ou évitables.

Article 16.2 La valorisation du rôle de médecin correspondant

Avis ponctuel de consultant

Conformément à l'article 18 des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), l'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant la charge d'instaurer les prescriptions sauf urgence ou cas particuliers et d'en surveiller l'application.

L'avis ponctuel de consultant effectué par le médecin correspondant à la demande explicite du médecin traitant est facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la présente convention.

Majoration de coordination

Lorsque le médecin correspondant, adhérant à la présente convention reçoit le patient y compris âgé de moins de 16 ans, à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs et procède à un retour d'informations au médecin traitant, il bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation. Cette majoration est également applicable pour les médecins en accès spécifique, dès lors qu'ils effectuent un retour d'information au médecin traitant.

Cette majoration de coordination est également applicable en cas de séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants, c'est-à-dire lorsque le patient est adressé par un médecin correspondant à un autre médecin spécialiste avec information au médecin traitant.

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, ces majorations ne peuvent être cotées que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables, par les praticiens ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention et par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables pour les patients bénéficiaires de la CMU complémentaire et pour les patients disposant d'une attestation de droit à l'ACS.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour ouvrir, à compter du 1er avril 2018, la cotation de la majoration de coordination aux médecins exerçant en secteur à honoraires différents lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

Lorsqu'à l'occasion d'une consultation, le médecin correspondant a facturé une majoration de coordination et qu'il est constaté a posteriori que l'assuré n'a pas déclaré de médecin traitant, cette majoration est versée par l'organisme d'assurance maladie au praticien dans le cadre de la dispense d'avance des frais.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu à l'article 37.1 de la présente convention.

Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont définies en annexe 11.

Article 17. L'accès spécifique

Article 17.1 Champ de l'accès spécifique

Les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés sans consultation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins et être rémunérés comme tels.

Ces médecins veillent en conséquence à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettent, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge par le médecin traitant.

Article 17.2 Les conditions de l'accès spécifique

Les gynécologues

Pour la gynécologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les examens cliniques gynécologiques périodiques, comprenant les actes de dépistage,
- la prescription et le suivi d'une contraception,
- le suivi des grossesses,
- l'interruption volontaire de grossesse.

Les ophtalmologues

Pour l'ophtalmologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont :

- les troubles de la réfraction oculaire (dont prescription et renouvellement de verres correcteurs),
- les actes de dépistage et de suivi du glaucome,
- les actes de dépistage et de suivi de la DMLA.

Les stomatologues et les médecins spécialistes en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale

Pour ces spécialités, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant :

- les soins de prévention bucco-dentaire,
- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire,
- les soins chirurgicaux : extractions dentaires, lésions osseuses et lésions gingivales,
- les soins de prothèse dentaire,
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

Les autres actes dispensés par ces spécialistes sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste et que les spécialistes précités procèdent à un retour d'informations au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le

stomatologue, le spécialiste en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale ou le chirurgien-dentiste.

Les partenaires conventionnels conscients de l'importance des actions de prévention et d'éducation sanitaire pour l'amélioration de la santé bucco-dentaire, et afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les jeunes, confirment la participation des médecins stomatologues au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgées de 6 à 18 ans et les femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse. Les modalités de participation des médecins stomatologues ou spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale au dispositif de prévention bucco-dentaire pour les patients âgés de 6 à 18 ans et pour les femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse sont définies à l'annexe 13 du présent texte.

Les psychiatres et neuropsychiatres

Les soins de psychiatrie prodigués par les psychiatres et neuropsychiatres aux patients de moins de 26 ans sont en accès spécifique.

Les soins de neurologie ne relèvent pas de l'accès spécifique.

Le médecin spécialiste est tenu aux mêmes engagements en termes de coordination que le médecin correspondant. Il apprécie la nécessité de conseiller à son patient de consulter son médecin traitant.

Article 18. Le fonctionnement du parcours de soins coordonnés

Article 18.1 Les différentes modalités du parcours de soins coordonnés

Sont définies ci-après les règles générales applicables au parcours de soins.

Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel

Le médecin correspondant a un rôle de consultant, selon des modalités définies à l'article 16.2 du présent texte.

A ce titre, il ne donne pas de soins continus à ce patient et laisse au médecin traitant la charge d'instaurer les prescriptions, sauf urgence ou cas particuliers, et d'en surveiller l'application.

Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs

Ces soins sont pratiqués selon :

- un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ;
- ou selon un protocole d'affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. Dans ce cadre, le médecin correspondant procède régulièrement à un retour d'informations vers le médecin traitant de son patient.

Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants :

Cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.

Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste

Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins à son patient nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

Article 18.2 Les cas d'urgence et d'éloignement

Le médecin adhérant à la présente convention exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention et intervenant hors parcours de soins pour une urgence médicalement justifiée doit respecter les tarifs opposables. Il continue à bénéficier par ailleurs des majorations d'urgence prévues par la NGAP.

La cotation d'une majoration d'urgence, d'une majoration liée à la permanence des soins ou d'une majoration pour consultation/intervention le soir ou le week-end exclut la possibilité de coter la majoration de coordination.

En cas de consultation par un assuré éloigné de sa résidence habituelle et donc de son médecin traitant désigné, le médecin régi par la présente convention et exerçant en secteur à honoraires opposables ou le médecin ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention peut, sous réserve de procéder à un retour d'informations au médecin traitant, appliquer à la consultation la majoration de coordination définie supra.

Article 18.3 L'adressage par le médecin traitant vers le médecin correspondant pour une prise en charge du patient dans les 48 heures

En complément de la consultation coordonnée et de suivi par le médecin correspondant dans le parcours de soins avec retour d'informations vers le médecin traitant, les partenaires conventionnels soucieux notamment d'éviter des hospitalisations inutiles souhaitent valoriser l'orientation sans délai effectuée par le médecin traitant vers un médecin de second recours. Cette prise en charge coordonnée doit intervenir dans les 48 heures suivant l'adressage par le médecin traitant.

Dans ce cas le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, a la possibilité de coter, dès lorsqu'il pratique les tarifs opposables, une majoration dénommée MUT *(majoration urgence du médecin traitant)* dont le montant est fixé à 5 €, à compter du 1er janvier 2018.

Le médecin correspondant, quel que soit son secteur d'exercice, qui réalise une consultation dans les 48 heures suivant l'adressage sans délai par le médecin traitant a la possibilité de coter, dès lorsqu'il pratique les tarifs opposables, une majoration dénommée « MCU » *(majoration correspondant urgence)* dont le montant est fixé à 15 €, à compter du 1er janvier 2018.

Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient d'une majoration spécifique.
Ces majorations ne sont pas cumulables avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins.

Sous-Titre 2. Un parcours de soins mieux coordonné

Les parties signataires considèrent que l'amélioration de la prise en charge des patients suppose une meilleure coordination des soins entre les professionnels intervenants.

Article 19. Soutenir les évolutions de l'organisation des soins pour développer une médecine de parcours et de proximité

Les partenaires conventionnels souhaitent accompagner l'innovation dans l'organisation des soins, en passant d'un système encore trop cloisonné à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient et coordonnée par le médecin traitant en lien avec les différents spécialistes correspondants. Cette évolution est nécessaire pour prendre en charge des patients en moyenne plus âgés et atteints d'affections plus longues. Elle doit aussi permettre d'améliorer les conditions d'exercice des médecins et répondre au besoin de garantir une plus grande attractivité de l'exercice libéral, notamment auprès des jeunes médecins.

Cette structuration des soins de proximité répond à plusieurs finalités : assurer la continuité et l'efficience des parcours de soins, améliorer la prise en charge des pathologies chroniques, renforcer la prévention et améliorer l'articulation des soins entre la ville et l'hôpital en évitant notamment des hospitalisations en assurant une meilleure continuité des soins en amont et en aval de ces dernières.

Ces mesures en faveur du travail en équipe, gage d'une meilleure prise en charge des patients, trouveront leur prolongement dans les différents accords conventionnels pluri professionnels, existants et à venir.

Article 19.1 Les outils en faveur de la coordination

Le déploiement d'outils facilitant l'échange d'informations entre les professionnels de santé autour du suivi des patients et le travail coordonné doit être favorisé.

A cet égard, le développement du recours aux outils tels que le dossier médical partagé (DMP) et la messagerie sécurisée doit être encouragé dans l'objectif de favoriser plus largement une amélioration de la coordination du parcours de soins des patients, entre les différents professionnels de santé en ville, mais également avec l'hôpital et le secteur médico-social.

Article 19.2 Les modes de rémunération pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins

Les modes de rémunération des professionnels de santé et notamment des médecins doivent continuer à évoluer et se diversifier pour accompagner cette meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.

C’est pourquoi, les parties signataires ont souhaité mettre en place une refonte des forfaits existants permettant de mieux prendre en compte dans toute sa dimension l’action des médecins dans le suivi des patients et de la patientèle et la coordination autour du patient. Ce nouveau forfait prend en compte également les nouvelles organisations et les nouvelles modalités de prise en charge des patients afin d’accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Article 20. La mise en place d’un forfait structure

La présente convention permet d’accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d’outils et d’organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien leur permettant ainsi de se libérer d’une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Dans cette perspective, les parties signataires décident de mettre en place une rémunération visant à aider les médecins :

- à investir sur des outils informatiques facilitant le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients,
- à développer les démarches d’appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Conscients de l’enjeu que représente ce forfait pour accompagner les médecins dans la mise en place d’organisations nouvelles au service des patients, les parties signataires souhaitent investir sur le long terme sur ce nouveau mode de rémunération. Dans ce cadre, elles s’accordent sur le fait qu’au fur et à mesure de la montée en charge de la participation des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement du forfait patientèle médecin traitant (MTF) dans les conditions définies à l’article 15.4.1, l’assurance maladie obligatoire va être en mesure de consacrer des sommes plus importantes pour le financement de ce forfait structure.

Les conditions de mise en œuvre par étape de ce forfait structure sont définies aux articles 20.1 et 20.2 et à l’annexe 12.

Si l’UNOCAM ne s’engageait pas sur la participation des organismes complémentaires d’assurance maladie dans les conditions prévues par l’article 15.4.1, les partenaires conventionnels conviennent de réexaminer en 2017 les conditions d’évolution du forfait structure.

Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points pour l’année 2017, 460 points pour l’année 2018 et 660 points pour l’année 2019. La valeur du point est fixée à 7 euros.

Article 20.1 Premier volet du forfait structure (prérequis)

Ce premier volet du forfait structure vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l’équipement du cabinet.

Les indicateurs de ce premier volet sont des prérequis, qui doivent tous être atteints pour déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet et conditionnent la rémunération du deuxième volet.

Les indicateurs sont les suivants :

- logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP pour faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée ; Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels ;
- utilisation d'une messagerie sécurisée de santé ;
- version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie : par exemple fonctionnalité de suivi des factures avec des retours d'information (norme NOEMIE 580) pour faciliter les rapprochements comptables ;
- taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3, la télétransmission des données fiabilisant la facture et permettant de garantir des délais de paiement très courts ;
- affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé.

Ce premier volet du forfait est affecté de 175 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 280 points en 2019.

Article 20.2 Deuxième volet du forfait structure : valorisation des différentes démarches et modes d'organisation mis en place pour apporter des services supplémentaires aux patients

Ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte des prérequis du premier volet.

Chaque indicateur est indépendant des autres.

- Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices

Sont compris dans ce bouquet, les téléservices suivants : la déclaration médecin traitant en ligne (DCMT), le protocole de soins électronique (PSE), la prescription d'arrêt de travail en ligne (AAT), et la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne (CMATMP). Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement. Il correspond au ratio effectué entre le nombre de prescriptions ou déclarations effectuées en dématérialisés (numérateur) sur le nombre total de prescriptions ou déclarations effectuées au format papier ou dématérialisés (dénominateur), transmis par le médecin au cours de l'année de référence.

Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, dans les premières années suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de

dématérialisation à atteindre pour chaque téléservice est fixé pour chacun des 4 téléservices selon les modalités ci-dessous.

	Objectifs			
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
AAT	30%	40%	50%	60%
CM ATMP	10%	14%	17%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%
DMT	77%	80%	85%	90%

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019. Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur.

- Indicateur 2 : capacité à coder certaines données

Cet indicateur vise à mesurer la capacité du médecin à produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 20 points en 2018 et 50 points en 2019.

- Indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires partageant un projet de santé commun ou à une communauté professionnelle territoriale de santé ou participation à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an.

Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019.

- Indicateur 4 : services offerts aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile…), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019.

- Indicateur 5 : valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

Prévu au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maitre de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 points en 2018 et 50 points en 2019.

Ce second volet du forfait est affecté de 75 points en 2017 puis 230 en 2018 puis 380 points en 2019.

Une note méthodologique précisant les modalités de calcul des différents indicateurs du forfait structure est présentée en CPN.

Un bilan des rémunérations versées au titre de ce forfait structure est effectué chaque année par l'assurance maladie et présenté aux membres de la Commission Paritaire Nationale définie à l'article 80 pour permettre aux partenaires conventionnels d'examiner les conditions de son évolution.

Sous-Titre 3. Médecins pratiquant une expertise particulière

Un certain nombre de médecins omnipraticiens ont développé des expertises particulières induisant des modes d'exercice spécifiques.

Les parties signataires conviennent d'approfondir ensemble la connaissance de ces expertises et de ces modes d'exercice afin de mieux appréhender l'apport de ces professionnels à la prise en charge des patients.

A cet effet, elles décident de poursuivre les travaux initiés au cours de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et d'assurer un suivi de ces professions dans le cadre d'une commission paritaire.

Titre 3. Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficience du système de soins

La convention doit permettre de garantir l'accès de tous à des soins de qualité.

Dans ce cadre, les partenaires conventionnels doivent poursuivre le développement de dispositifs s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses composantes : prévention et dépistage, suivi des pathologies chroniques, efficience des prescriptions et réduction des actes inutiles ou redondants.

La rémunération sur objectifs de santé publique, instaurée par les partenaires conventionnels en 2011, a permis de valoriser la fonction de médecin traitant dans ses dimensions de service médical rendu au patient, à la patientèle et à la santé publique. L'engagement des médecins dans une démarche d'efficience favorisant le juste soin (meilleur soin au meilleur coût) a également été encouragé.

L'implication des praticiens, tout particulièrement des médecins traitants, dans le développement des actions et des programmes de prévention, conformément aux objectifs prévus par les lois de santé publique, contribue à renforcer la qualité de la prise en charge et doit être soutenue.

Les parties signataires souhaitent, en outre, poursuivre et renforcer les démarches en faveur de la pertinence des soins et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé initiées depuis 2005.

Sous-Titre 1.L'implication des médecins dans les programmes de prévention et de promotion de la santé

Afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention et de promotion de la santé tout au long de la vie, les parties conventionnelles entendent maintenir et renforcer l'engagement des médecins traitants dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (lois de santé publique, plans de santé publique).

Article 21. Rappel des programmes en cours

Les programmes déjà mis en œuvre sont poursuivis :

- dépistage des cancers (sein, colorectal, col de l'utérus) ;
- prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination antigrippale, vaccination ROR) ;
- prévention des complications liées aux pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires) ;
- programmes dédiés à certaines populations (dépistages néonataux, prévention bucco-dentaire chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse , sevrage tabagique , lutte contre le surpoids et l'obésité de l'enfant, facteurs de risque liés à la grossesse, accès à la contraception, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

Une attention particulière est portée à l'organisation des programmes de dépistage des cancers afin d'assurer les conditions d'une forte implication du médecin traitant lui permettant d'orienter ses patients suivant leur âge et leur niveau de risque.

Ainsi, l'assurance maladie met à disposition des médecins, dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal, des tests immunologiques plus performants, plus faciles à réaliser et pré-personnalisés aux coordonnées du médecin lors des commandes réalisées via Espace Pro.

Après avoir expérimenté sur plusieurs sites des campagnes de sensibilisation au dépistage du cancer du col de l'utérus ciblant les femmes de 25 à 65 ans qui n'ont pas bénéficié de frottis au cours des deux dernières années, l'assurance maladie va progressivement, avec les ARS, mettre en place un dépistage organisé du cancer du col, conformément aux orientations du plan cancer, avec un site préfigurateur par région en 2016 et une généralisation à partir de 2017. L'organisation de ce dépistage veillera à l'implication du médecin traitant déjà mobilisé dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique depuis 2011.

Par ailleurs, l'assurance maladie propose des rendez-vous de prévention chez le chirurgien-dentiste intégralement pris en charge et des soins si nécessaires remboursés à 100 % aux patients. Les médecins doivent être mieux informés sur cette offre car ils sont, de par leur proximité avec les familles, des relais indispensable dans cette prévention bucco-dentaire (notamment à destination des enfants de 6 à 18 ans et des femmes enceintes) en complément du chirurgien-dentiste.

Article 22. Les nouveaux programmes

Les actions engagées en matière de promotion de la santé et de soutien à l'adoption de comportements favorables à la santé, de respect des calendriers vaccinaux, de prévention des risques liés au tabac (notamment chez la femme, tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse et chez les personnes atteints de maladies chroniques) sont poursuivies et renforcées, en s'appuyant notamment sur le rôle du médecin traitant.

Dans ce cadre, des campagnes de visites auprès des médecins traitants sont organisées sur l'action d'arrêt du tabac pour les informer des offres d'accompagnement au sevrage tabagique qui sont développées en partenariat avec l'agence nationale de la santé publique et les sensibiliser à la prescription des traitements substitutifs nicotiniques bénéficiant d'une prise en charge améliorée.

Dans le domaine de la prévention de l'obésité des enfants, une expérimentation est mise en œuvre à partir de 2016 en mettant au cœur du dispositif le médecin qui suit l'enfant en lui donnant la possibilité de prescrire un forfait de prise en charge : le suivi et l'évaluation de cette expérimentation permettront d'envisager les conditions d'une généralisation. A ce titre, les partenaires conventionnels souhaitent mettre en place une consultation spécifique pour cette prise en charge définie à l'article 28.3.1.

Des actions permettant une amélioration de l'accès à la contraception et à la contraception d'urgence des mineures d'au moins 15 ans sont également mises en place, conformément aux dispositions de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015, avec l'information des jeunes filles et des médecins concernant les évolutions réalisées en matière de secret des données de remboursement et de suppression de la participation de l'assuré pour certains actes liés à la prescription contraceptive.

Afin d'améliorer l'efficacité de ces actions, les parties signataires conviennent de décliner et d'assurer un retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant concernant les résultats obtenus et les pratiques observées.

L'implication du médecin traitant dans la prévention est par ailleurs reconnue et valorisée individuellement dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique définie à l'article 27 de la convention.

Sous-Titre 2.Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients

Les parties signataires de la présente convention s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques, dans l'objectif de prévenir les aggravations et d'améliorer la qualité de vie des patients concernés. Pour atteindre cet objectif, les programmes évoluent pour apporter un soutien aux médecins dans la prise en charge des patients.

Article 23. Programme d'appui aux médecins et d'accompagnement des patients dans la prise en charge des maladies chroniques

En France, plus de 3 millions de personnes sont diabétiques et 4 millions sont asthmatiques. La prévention du diabète, de ses complications et l'amélioration du contrôle de l'asthme représentent un enjeu majeur, à la fois sur le plan médical, la qualité de vie des patients et les dépenses de l'assurance maladie.

Article 23.1 Programme d'accompagnement sophia

Le service sophia s'adresse aujourd'hui aux patients diabétiques et asthmatiques.

L'objectif est d'accompagner les patients qui le souhaitent, pour les aider à être acteur de leur santé, à adapter leurs habitudes de vie, et ainsi mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications.

Le service sophia doit bénéficier à ceux qui en ont le plus besoin. Ainsi, le service s'attache à convaincre, en priorité, les patients qui rencontrent le plus de difficultés face à la maladie, afin de faciliter leur prise en charge par le médecin traitant. Les partenaires conventionnels conviennent de renforcer encore l'articulation avec le médecin traitant pour soutenir son action visant à améliorer la prise en charge des patients.

Ainsi, le médecin peut inciter ses patients les plus en difficulté avec leur maladie à adhérer au service sophia. La rémunération du médecin traitant est forfaitaire et annuelle, à hauteur d'une consultation (C), pour l'envoi du questionnaire médical (QM) après l'inscription d'un de ses patients au service sophia, par l'utilisation du service en ligne sur espace pro. Lorsque le renouvellement du QM est sollicité par l'Assurance Maladie, la rémunération est également d'une consultation (C) par QM envoyé. Elle s'applique de plus aux éventuels questionnaires d'évaluation du programme.

Le médecin traitant a accès sur Espace Pro à un ensemble de fonctionnalités lui permettant notamment d'avoir une information sur le suivi réalisé auprès de ses patients adhérents au service Sophia. Il peut faire appel au service sophia en choisissant les thèmes qu'il juge prioritaires pour son patient (arrêt du tabac, incitation à l'activité physique, examens de suivi, observance, etc) afin que les infirmiers du service contactent le patient pour l'accompagner sur ce thème. Un retour d'information au médecin traitant est systématiquement organisé.

Article 23.2 Dépistage de la rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique représente l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitables en France. Cette complication microvasculaire oculaire, dont la prévalence augmente avec la durée du diabète peut-être dépistée par un examen régulier du fond de l'œil. Le dépistage doit permettre une prise en charge précoce des lésions rétiniennes, afin de prévenir la déficience visuelle sévère et la cécité due à la rétinopathie.

La pratique actuelle du dépistage de la rétinopathie diabétique ne permet pas d'atteindre totalement les objectifs recommandés par la HAS.

Les parties signataires conscientes de l'importance de renforcer la prévention dans ce domaine ont mis en place une nouvelle modalité de dépistage de la rétinopathie diabétique par coopération entre médecins ophtalmologistes et orthoptistes. Ce type de dépistage avec lecture différée de rétinographies peut également contribuer à l'optimisation des ressources médicales consacrées aux soins ophtalmologiques.

Les modalités de cette coopération sont définies en annexe 14 du présent texte.

Article 24. Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO)

Afin de renforcer la qualité de prise en charge des pathologies lourdes, les parties signataires souhaitent renforcer la participation des médecins aux programmes initiés par les différents régimes d'assurance maladie sur l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment de pathologies cardiovasculaires ou neurovasculaires (facteurs de risque cardio-vasculaires, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral), ainsi que de pathologies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie obstructive). Ces programmes ont notamment pour objectif de favoriser l'équipement des médecins (spiromètre, appareils d'auto-mesure de la tension).

Article 25. Rôle du médecin dans les programmes d'accompagnement du retour à domicile des patients après hospitalisation

Les programmes d'accompagnement après hospitalisation visent à anticiper les besoins du patient au retour au domicile pour améliorer les conditions de prise en charge en ville et éviter les ré-hospitalisations.

Le médecin traitant en lien avec les médecins correspondants concernés est un acteur clé du dispositif et est associé aux différentes étapes du programme en lien avec l'équipe soignante de l'établissement de santé selon les modalités précisées par chaque programme lors de son élaboration. L'Assurance Maladie accompagne le médecin en veillant à son information et son

implication rapides pour qu'il puisse prendre en charge le patient à domicile avec les autres professionnels de santé impliqués.

Les programmes sont élaborés en lien avec les sociétés savantes et les partenaires conventionnels. Les outils d'accompagnement sont ensuite validés par la HAS.

Sous-Titre 3.La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Les signataires réaffirment en premier lieu leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses dans le cadre fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

Cet engagement se traduit par la mise en place d'actions auprès des médecins portant sur l'amélioration de la pertinence et le bon usage des soins dans le respect des protocoles et référentiels publiés ou validés par la Haute Autorité de Santé et de leurs conditions de prise en charge élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

Ces actions portent sur la qualité de la prescription médicamenteuse en faveur notamment de la réduction des risques liés à la iatrogénie et des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées ou encore sur la promotion de la prescription dans le répertoire des génériques.

Elles visent également à optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable et à parvenir à une maîtrise significative de l'évolution des dépenses de remboursement de certains produits de santé et prestations notamment en matière de prescriptions de biologie, d'imagerie, de transports ou encore d'indemnités journalières.

L'atteinte des objectifs fixés dans chacun des engagements de maîtrise médicalisée ne peut s'envisager sans une implication forte des instances conventionnelles.

Chacune dans leur domaine de compétences, les commissions conventionnelles nationales, régionales et locales sont les principaux acteurs de la mise en œuvre et du suivi des engagements de maîtrise médicalisée.

Constatant l'efficacité des actions collectives d'accompagnement des médecins dans la mise en œuvre des priorités de santé publique et des objectifs de maîtrise médicalisée, déjà menées notamment pour le bon usage des antibiotiques, les partenaires conventionnels souhaitent les développer. A cette fin, ils proposent d'étudier les conditions d'organisation d'un dispositif spécifique d'accompagnement conventionnel des médecins dans ces domaines.

Sous-Titre 4.Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience

Article 26. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et rémunération sur objectifs de santé publique

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de continuer à faire évoluer et à diversifier les modes de rémunération des médecins pour accompagner la meilleure structuration de l'offre de soins ambulatoire.
La refonte des forfaits existants mise en œuvre dans la présente convention permet de mieux prendre en compte dans toute sa dimension l'action des médecins dans le suivi des patients et de la patientèle et la coordination autour du patient.
Le forfait structure défini à l'article 20 valorise les nouvelles organisations et les nouvelles modalités de prise en charge des patients afin d'accompagner le développement de nouveaux services aux patients.

Les parties signataires souhaitent poursuivre cette évolution vers une rémunération mixte maintenant le caractère principal du paiement des actes cliniques ou techniques mais prenant aussi en compte les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins.

Dans ce cadre, elles s'accordent sur le principe d'une rémunération autour de trois piliers :

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral ;
- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme le suivi au long cours des patients au-delà des actes ponctuels réalisés ou la prise en compte de nouveaux services aux patients pour une meilleure prise en charge coordonnée ;
- la rémunération, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent.

Article 27. Un partenariat renforcé en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins

La rémunération sur objectifs de santé publique, instaurée en 2011 par les partenaires conventionnels, a permis de valoriser la fonction de médecin traitant dans toutes les dimensions du service médical qu'elle rend au patient, à la patientèle et à la population. La valorisation a concerné la progression des pratiques vers des objectifs de santé publique concernant le suivi des pathologies chroniques, le dépistage et la prévention. L'engagement des médecins dans une démarche d'efficience favorisant le juste soin (meilleur soin au meilleur coût) a également été encouragé.
Dans le cadre de la nouvelle convention médicale, cette dynamique doit se poursuivre. La réactivité globale du dispositif doit toutefois être améliorée pour assurer une adaptation rapide des indicateurs aux évolutions des données de la science et renforcer l'impact des objectifs fixés sur la qualité des pratiques.

Les modalités d'application du dispositif sont définies aux articles 27.1 à 27.6 et entrent en vigueur à partir du 1er janvier 2017. A titre provisoire les dispositions de la rémunération sur objectifs de santé publique de la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 sont maintenues selon les modalités définies à l'annexe 16.

Article 27.1 Modalités d'adhésion à la rémunération sur objectifs de santé publique

La rémunération sur objectifs de santé publique concerne l'ensemble des médecins adhérant à la convention.

Toutefois, les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de cette rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier leur choix par écrit à la caisse primaire dont ils relèvent, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) comprenant un accusé de réception. Ce refus doit être notifié par les médecins dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention, ou dans les trois mois suivant leur installation pour les médecins nouvellement installés.

En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la totalité de la rémunération sur objectifs de santé publique pour la durée de la convention.

Article 27.2 Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale

27.2.1 Les principes de détermination des indicateurs

Les indicateurs de qualité des pratiques, fixés en cohérence avec les priorités nationales de santé publique, sont élaborés conjointement par les parties signataires en tenant compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que des recommandations internationales existantes.

Ils sont regroupés en trois grands volets (suivi des pathologies chroniques ; prévention ; efficience) et concernent les médecins traitants, les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Les indicateurs de qualité des pratiques cliniques ont été élaborés par les partenaires conventionnels de manière à répondre à un certain nombre d'enjeux, à savoir être :

- utiles : importance du problème sanitaire couvert ;
- pertinents : basés sur des recommandations, des référentiels et/ou un consensus ;
- mesurables et valides : accessibilité en routine de l'information nécessaire, mesurant bien ce qu'ils sont censés mesurer ;
- robustes statistiquement : seuil d'activité ou nombre de boites ou nombre de patients suffisant ;
- visant des objectifs cibles issus d'un compromis entre « l'idéal » fixé par les recommandations et les pratiques observées ;
- sans exclusion de patients : les objectifs fixés doivent prendre en compte les situations particulières.

27.2.2 Les règles de calcul des indicateurs

Les résultats correspondant à chaque indicateur de pratique clinique sont calculés à partir des bases de remboursement de l'Assurance Maladie ou, lorsqu'un tel calcul n'est pas possible, font l'objet d'une déclaration par les médecins.

Pour chaque indicateur sont définis :

- un seuil minimal, permettant de garantir une robustesse statistique suffisante : nombre minimal de patients ou quantité minimale de boîtes de médicaments remboursées. L'atteinte de ce seuil est vérifiée chaque année. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour le calcul de la rémunération de l'année concernée ;
- un taux de départ, à partir duquel est calculée la progression de chaque indicateur. Ce taux est défini au 31/12/2016 ou au 31/12 de l'année durant laquelle le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint. Une fois celui-ci atteint, le taux de départ est figé pour la durée de la convention ; ce taux de départ est fixé à 0% pour les indicateurs déclaratifs ;
- un taux de suivi, correspondant au taux atteint pour l'indicateur à la fin de l'année de référence de la rémunération. Il permet, pour chaque indicateur, de mesurer la progression du médecin et de calculer la rémunération qui en découle ;
- des objectifs (objectif intermédiaire et objectif cible), définis à partir :
    - o des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment) ;
    - o à défaut, de la distribution par déciles des médecins observée pour chaque indicateur. Dans ce cas, l'objectif intermédiaire est fixé au 7ème décile (pour un indicateur croissant) ou au 3ème décile (pour un indicateur décroissant) et l'objectif cible au 9ème décile (pour un indicateur croissant) ou au 1er décile (pour un indicateur décroissant).

Pour les indicateurs dont les résultats dépendent de données déclaratives (résultats d'examens cliniques ou paracliniques), la valorisation est conditionnée à la capacité du médecin à renseigner ces données de manière standardisée dans le dossier des patients. Les médecins s'engagent à pouvoir fournir toutes les informations de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour le calcul du montant de la rémunération sur objectifs de santé publique.

<u>La patientèle retenue pour le calcul des indicateurs (hors indicateurs déclaratifs)</u> :

Pour les médecins traitants, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est dite « patientèle consommante fidèle ». Elle correspond aux bénéficiaires qui :

- ont « eu recours » à des soins (consultations, traitements, actes diagnostiques, examens etc…) remboursés lors des douze mois précédant la période de calcul,
- ont déclaré le médecin comme médecin traitant et n'en ont pas changé au cours de l'année.

Elle correspond aux patients âgés d'au moins 16 ans, affiliés au Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes), au Régime Social des Indépendants (RSI), à la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et aux régimes et mutuelles hébergés par le Régime Général et ayant déclaré le médecin comme médecin traitant. L'objectif est à terme d'intégrer l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire et les sections locales mutualistes. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.2 de l'annexe 15 à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédant la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

Pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.3 de l'annexe 15 à la convention nationale) ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédents la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle est réévaluée chaque année au 31 décembre.

27.2.3 Dispositions spécifiques pour les médecins nouvellement installés

Les médecins éligibles à la méthode spécifique nouveaux installés sont :

- les médecins installés pour la première fois en libéral depuis moins de trois ans,
- les médecins installés en libéral depuis moins de trois ans après une interruption totale d'activité libérale d'au moins deux ans,
- les médecins collaborateurs qui n'ont pu se constituer une patientèle médecin traitant pendant leur exercice libéral en collaboration et installés dans leur propre cabinet depuis moins de trois ans,
- les médecins ayant modifié leur lieu d'exercice vers un autre département (non limitrophe du précédent).

La méthode adaptée pour les médecins nouveaux installés :

Afin de tenir compte des spécificités des médecins qui s'installent pour la première fois en libéral ou qui s'installent de nouveau en libéral, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans.

Les médecins nouveaux installés bénéficient également d'une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

Par ailleurs, pour prendre en compte les délais de constitution d'une patientèle fidèle des médecins traitants, une méthode spécifique permet de retenir la patientèle « consommante de l'année en cours » pour le calcul des indicateurs de pratique clinique des médecins traitants.

Chaque année, les médecins traitants nouveaux installés bénéficient du calcul de leurs indicateurs selon les deux méthodes (classique et spécifique). La méthode la plus avantageuse est retenue pour le calcul de la rémunération.

Toutes les précisions concernant le calcul des indicateurs pour les médecins nouveaux installés sont indiquées en annexe 15 de la convention.

27.2.4 Tableaux des indicateurs de pratique clinique

❖ Indicateurs de pratique clinique des médecins traitants

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	10 patients	20

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51%	≥ 61%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	≥ 95%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	38%	≥ 75%	10 patients	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	≥ 70%	20 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	≤ 24%	5 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	≤ 7%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones).	36%	≤ 27%	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire	A déterminer selon les règles définies à l'article 27.5.			10

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 20%	20 boîtes	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
Total						330

Par ailleurs, des indicateurs concernant l'efficience des prescriptions notamment en matière de transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité pourront être élaborés par les partenaires conventionnels pour une valorisation complémentaire maximale de 60 points.

❖ Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

Thème	**Sous-thème**	**Indicateur**	**Objectif intermédiaire**	**Objectif cible**	**Seuil**	**Nombre de points**
Suivi des pathologies chroniques	*Améliorer le traitement post IDM*	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bétabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	70%	≥ 81%	5 patients	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans	72%	≥ 81%	5 patients	35
Prévention	*Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée*	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	74%	≥ 81%	10 patients	30

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil	Nombre de points
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	92%	≥ 96%	10 patients	30
	Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60%	≥ 75%	20 patients	30
	Limiter les traitements par clopidrogel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	65%	≤ 56%	5 patients	35
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65%	≥ 80%	5 patients	30
Efficience	*Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques*	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 93%	20 boîtes	60
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	75%	≥ 85%	20 boîtes	60
Total						**340**

❖ Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	82%	≥ 92%	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	33%	≥ 50%	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	53%	≥ 71%	10 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de LICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	82%	≥ 92%	5 patients	30
Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	1,6%	≤ 0,7 %	20 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicabacter Pylori (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	67%	≥ 77%	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale	20%	≥ 25%	10 patients	35

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
	sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	pour un test de recherche de sang positif				
Efficience	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85%	≥ 95%	20 patients	30
Total						300

Article 27.3 Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est fondé sur un système de points attribués de manière différenciée à chaque indicateur.

L'ensemble du dispositif représente un total de 1 000 points (dont 60 pour des indicateurs complémentaires d'efficience à définir) pour les médecins traitants, 340 points pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 300 points pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.

Chaque indicateur est indépendant des autres.

Pour chaque indicateur le nombre de points défini dans le tableau ci-dessus correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'objectif cible.

Le nombre de points attribués au médecin est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un médecin traitant ou un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et pour une patientèle moyenne de 1100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie. Une pondération en fonction du volume de la patientèle réelle est ensuite appliquée.

Pour les médecins traitants, la patientèle retenue pour le calcul de la rémunération comprend tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant dans l'année de référence quel que soit leur régime d'affiliation (patientèle médecin traitant inter régime déclarante –PMTIR).

Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et en gastro-entérologie et hépatologie, la pondération s'effectue au regard de la patientèle correspondante calculée.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé au 31/12 de chaque année.

La valeur du point est fixée à 7 €.

Le détail du mode de calcul des taux de réalisation des indicateurs est présenté en annexe 15 de la présente convention.

Article 27.4 Le suivi du dispositif

Les Commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique.

Elles analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif, et lors de l'installation des médecins, la caisse met à disposition de chaque médecin une analyse de ses indicateurs.

Elle lui fournit, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs, lui indique les indicateurs qui ont été neutralisés et les évolutions prévues par les articles 27.5.

A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour toute information sur ces données.

Une clause de sauvegarde est mise en œuvre la première année de la convention : au vu du bilan du dispositif rénové de rémunération sur objectifs de santé publique versée au titre de 2017, présenté en CPN, si le montant global de la rémunération versée au titre des indicateurs de la qualité de la pratique médicale est inférieur de plus de 10% au montant versé au titre de l'année 2016, le différentiel entre le montant global de 2016 et celui de 2017 donne lieu à un versement complémentaire aux médecins sous forme de majoration de sa rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017.

Article 27.5 Les modalités de révision du dispositif

Les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de définir des règles de gestion permettant une meilleure réactivité globale du dispositif de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) avec la possibilité d'une adaptation rapide des indicateurs aux données de la science permettant de renforcer leur impact sur la qualité des pratiques et l'efficience des soins.

27.5.1 Neutralisation d'un indicateur

Certains objectifs poursuivis par le dispositif de la ROSP et définis à la date de signature de la présente convention peuvent perdre leur légitimité au cours de cette dernière, notamment lorsque l'objet même de l'indicateur devient sans objet, par exemple pour les indicateurs du volet efficience lorsque l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de la classe thérapeutique concernées par un indicateur sont inscrites dans le répertoire des génériques.

Dans ces cas, les indicateurs correspondants peuvent être neutralisés.

Procédure de neutralisation

Chaque fois qu'il constate qu'un indicateur doit être neutralisé au titre de l'un des motifs exposés dans le présent article, le Directeur Général de l'UNCAM consulte la Commission Paritaire Nationale (CPN) définie à l'article 80 en précisant les raisons pour lesquelles l'indicateur doit être neutralisé.

Afin de respecter l'équilibre général du dispositif, les points attribués à l'indicateur neutralisé sont répartis sur les autres indicateurs existants dans le même volet de la ROSP (suivi des pathologies chroniques ou prévention ou efficience). Cette répartition s'effectue au prorata du poids respectif de chacun des indicateurs du volet concerné. Elle ne s'applique, pour le calcul des rémunérations, qu'à partir du 1er janvier de l'année suivant le constat de la neutralisation du ou des indicateurs acté en CPN.

Les médecins sont informés de la neutralisation d'un indicateur selon les modalités définies à l'article 27.4.

27.5.2 Evolutions du dispositif de la ROSP

Afin de permettre une meilleure réactivité globale du dispositif, les partenaires conventionnels souhaitent pouvoir réviser les indicateurs de la ROSP au cours de la durée de la convention sans avoir nécessairement besoin de recourir à un avenant à la convention.

La mise en place de règles permettant une révision du dispositif par accord des partenaires conventionnels sans recours à un avenant suppose une modification préalable des articles du code de la sécurité sociale relatifs à la compétence des partenaires conventionnels et du Directeur Général de l'UNCAM.

Les parties signataires s'accordent sur la procédure décrite au présent article qui s'appliquera sous réserve de l'entrée en vigueur des modifications législatives nécessaires à sa mise en œuvre.

La présente procédure s'applique dans trois situations :

- l'évolution d'un indicateur existant
- le retrait d'un indicateur
- l'introduction d'un nouvel indicateur

Evolution d'un indicateur

Il s'agit des cas où les partenaires conventionnels souhaitent faire évoluer les paramètres d'un indicateur (définition, seuil, objectif intermédiaire, objectif cible ou nombre de points) pour différents motifs et notamment en raison d'une évolution de ces paramètres rendue nécessaire par une modification de la recommandation ou de l'avis fondant l'indicateur (HAS, ANSM…)

Retrait d'un indicateur

Les partenaires conventionnels peuvent estimer qu'un indicateur initialement retenu est devenu moins pertinent et qu'il convient de le retirer.

Introduction d'un nouvel indicateur

Enfin, les parties signataires peuvent souhaiter inscrire un nouvel indicateur au regard par exemple de la publication d'une nouvelle recommandation de la HAS. Ils ont par ailleurs prévu d'introduire des nouveaux indicateurs sur l'efficience des prescriptions des médecins traitants dans les conditions définies à l'article 27.2.4.

Procédure

Le Directeur Général de l'UNCAM peut proposer aux membres de la CPN de faire évoluer les paramètres d'un indicateur, de retirer un indicateur ou d'introduire un nouvel indicateur.

Dans le cas où l'évolution des paramètres d'un indicateur est rendue nécessaire du fait de la modification de la recommandation ou de l'avis de la HAS ou de l'ANSM qui fonde l'indicateur, la CPN est obligatoirement saisie.

Toute décision d'évolution des paramètres d'un indicateur, de retrait d'un indicateur ou d'ajout d'un nouvel indicateur est prise par la CPN à la majorité des deux-tiers par dérogation aux dispositions de l'article 2.2 du règlement intérieur des commissions défini à l'annexe 23 de la convention.

Les modifications ainsi adoptées par la CPN font l'objet d'une décision du Directeur Général de l'UNCAM, sur mandat du collège des directeurs, publiée au Journal Officiel.

Les partenaires conventionnels conviennent que la mise en œuvre de cette procédure d'évolution du dispositif ne peut conduire à augmenter de plus de 20 % le nombre de points total défini à l'article 27.3.

Article 27.6 L'extension de la ROSP à d'autres spécialités

27.6.1 L'adaptation du dispositif pour les autres spécialités médicales

Les partenaires conventionnels conviennent de l'importance de valoriser la qualité des pratiques médicales pour l'ensemble des spécialités. Dans ce contexte, ils s'accordent sur la nécessité de

poursuivre leurs travaux concernant la ROSP des médecins spécialistes correspondants en tenant compte de critères qui leur sont spécifiques.

Les indicateurs de pratique clinique ainsi définis devront respecter les critères précisés au 27.2.1 et :

- être représentatifs d'une activité de second recours, telle que définie par l'article L.4130-2 du code de la santé publique, notamment pour « compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline » ;
- concerner suffisamment de professionnels de la spécialité concernée.

Dans un premier temps, ils s'accordent pour définir une ROSP des endocrinologues qui fera l'objet d'un avenant intervenant au plus tard le 31 décembre 2016.

27.6.2 Le médecin traitant de l'enfant

Dans le contexte des modifications de l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale introduites par la loi de modernisation de notre système de santé instaurant le médecin traitant des patients de moins de 16 ans, les partenaires conventionnels s'accordent sur l'importance d'introduire dans la convention des indicateurs de qualité des pratiques cliniques concernant la prise en charge des enfants.

Ces indicateurs, spécifiques, pourront porter notamment sur les thèmes suivants :

- repérage du risque d'obésité ;
- vaccinations ;
- lutte contre l'antibiorésistance ;
- prise en charge de l'asthme.

Ils seront précisés à l'issue de travaux mis en place par les partenaires conventionnels dès l'automne 2016 et feront l'objet d'un avenant intervenant au plus tard le 31 décembre 2016.

Article 28. Valorisation des activités cliniques

Les partenaires conventionnels partagent la volonté de mieux valoriser l'activité clinique des médecins en veillant au respect de l'équité tarifaire entre les différentes spécialités médicales.

Dans ce but, les partenaires conventionnels conviennent de :

1. mieux identifier les situations cliniques et leurs implications en termes de prise en charge et de parcours des patients ;
2. favoriser l'intervention ambulatoire coordonnée des médecins de premier et second recours autour des patients qui le nécessitent, notamment lorsqu'une prise en charge rapide en ville permet d'éviter l'hospitalisation ;
3. mettre en place des consultations différenciées en fonction de leur niveau de complexité ou de leur enjeu en termes de santé publique.

A ce titre, ils s'entendent sur un regroupement des consultations en quatre grands ensembles correspondant à des situations cliniques ou des modalités de prise en charge de niveau de complexité croissant.

D'ores et déjà, la présente convention liste un certain nombre de consultations correspondant à ces quatre grands ensembles. Les partenaires conventionnels s'accordent pour que, dès 2018, des travaux soient menés en vue d'enrichir la liste des situations cliniques correspondant à la prise en charge, dans le cadre du parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou très complexe. Ces travaux porteront également sur les visites à domicile.

La mise en œuvre d'un certain nombre de mesures figurant aux articles 28.1 et suivants est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 28.1 La consultation de référence

Acte de référence de la nomenclature clinique, cette situation correspond à la consultation habituelle du médecin définie dans la liste des actes et prestations prévue à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale dans les situations suivantes :

- suivi de pathologies chroniques stables ;
- prise en charge de pathologies aigües ne présentant pas de critère de sévérité ;
- recours non liés au traitement d'une affection évolutive.

Elle correspond également aux niveaux CCMU 1 et 2 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS.

Afin de permettre aux médecins généralistes et médecins à expertise particulière (MEP) de secteur à honoraires opposables et secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, définis aux article 40 et suivants, de bénéficier d'une valeur de la consultation équivalente à celle des autres spécialistes, qui peuvent facturer la MPC définie à l'article 2 bis de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), une majoration équivalente, applicable à la consultation de référence ou à la visite est créée.

Cette majoration, dénommée Majoration pour les médecins généralistes (MMG), est mise en place avec une valeur de 2 euros au 1er mai 2017.
Un code spécifique sera créé afin de simplifier la facturation par les médecins (facturation unique sur le poste de travail sans recours à la cotation directe de la majoration créée).

Les partenaires conventionnels s'accordent pour ouvrir, à compter du 1er avril 2018, la cotation des majorations cliniques visées au présent article aux médecins exerçant en secteur à honoraires différents lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

La mise en œuvre de cette ouverture est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale pour les actes et majorations cliniques y figurant.

La consultation des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (CNPSY) est portée de 37 euros à 39 euros au 1er juillet 2017.

Article 28.2 Les consultations coordonnées

Ces consultations s'inscrivent dans cadre du parcours de soins établi entre le médecin traitant et le médecin correspondant, hors situation complexe.

28.2.1 Les consultations coordonnées et de suivi par le médecin correspondant réalisées dans le cadre du parcours de soins, avec retour d'information vers le médecin traitant

Pour ces consultations, la valeur de la MCS (majoration de coordination du médecin correspondant pour le retour d'information vers le médecin traitant) et celle de la MCG (majoration de coordination du médecin généraliste pour le retour d'information vers le médecin traitant) sont portées de 3 à 5 euros au 1er juillet 2017 conformément aux dispositions prévues à l'annexe 11.

28.2.2 Les consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans par les médecins généralistes et les pédiatres

Les partenaires conventionnels proposent la création d'une majoration unique pour la prise en charge des enfants de 0 à 6 ans par le médecin généraliste, Majoration Enfant pour les médecins Généralistes (MEG), d'une valeur de 5 euros, applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin, qui permettrait de rémunérer les consultations réalisées pour ces enfants à hauteur de 30 euros, au 1er mai 2017. Cette majoration se substituerait aux majorations MNO et MGE.

Pour les pédiatres, ils proposent la création d'une, majoration spécifique, Nouveau Forfait Pédiatrique - (NFP), applicable quel que soit le secteur d'exercice du médecin avec une valeur de 5 euros, au 1er mai 2017, afin de valoriser la consultation, pour les nourrissons de 0 à 2 ans.

Pour les pédiatres de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, ils proposent la création d'une majoration spécifique, Nouveau Forfait Enfant - (NFE) d'une valeur de 5 euros, au 1er mai 2017, afin de valoriser les consultations pour les enfants de 2 à 6 ans et pour les consultations des enfants de 6 à 16 ans qui ne sont pas adressés par le médecin traitant.

Pour les pédiatres de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, ils proposent la création d'une majoration spécifique, Majoration Enfants pour le médecin Pédiatre (MEP), d'une valeur de 4 euros, au 1er mai 2017, qui serait cumulable avec les majorations (NFP) et (NFE), pour les consultations des enfants de 0 à 6 ans.
Ces trois majorations ne seraient pas cumulables avec la MCS et la MPC.

Ces nouvelles majorations remplaceraient les majorations FPE, MNP, MPE.

28.2.3 Les consultations correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS

Les partenaires conventionnels proposent également la création d'une consultation dénommée U03 pour valoriser la consultation de niveau CCMU 3 réalisée par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS, à tarif opposable et d'une valeur de 30 euros, au 1er janvier 2018.

28.2.4 Les consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures

En complément de la consultation coordonnée et de suivi par le médecin correspondant dans le parcours de soins avec retour d'information vers le médecin traitant, les partenaires conventionnels, soucieux de réduire des hospitalisations évitables, souhaitent valoriser l'orientation par le médecin traitant et la prise en charge du patient dans les plus brefs délais par un médecin correspondant dans les conditions définies à l'article 18.3.

La prise en charge par le médecin correspondant sollicité doit intervenir dans les 48 heures suivant l'adressage par le médecin traitant.

La consultation du médecin traitant adressant ainsi le patient à un autre spécialiste est valorisée par la création d'une majoration spécifique, dénommée MUT (Majoration d'Urgence du médecin Traitant), d'un montant de 5 euros, au 1er janvier 2018.

La consultation réalisée sous 48 heures par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant, est valorisée par la création d'une majoration spécifique, dénommée MCU (Majoration Correspondant Urgence), d'un montant de 15 €, au 1er janvier 2018. Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient d'une majoration spécifique.

Ces majorations ne sont pas cumulables avec les autres majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins.

Ces majorations peuvent être facturées uniquement en cas de respect des tarifs opposables.

28.2.5 Les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (centre 15 ou 116 117)

Au regard des difficultés rencontrées par les médecins lorsqu'ils sont sollicités pour une prise en charge en urgence, est créée au 1er janvier 2018 une majoration d'un montant de 15 euros dénommée MRT (majoration médecin traitant régulation) valorisant la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, pour l'un de ses patients à la demande du centre de régulation médicale des urgences (centre 15 ou 116 117) pendant les horaires habituels de ses consultations. Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale.

Cette majoration peut être facturée uniquement en cas de respect des tarifs opposables.
Cette majoration n'est pas cumulable avec les autres majorations qui peuvent exister dans le cadre de la permanence des soins.

Les partenaires conventionnels conviennent d'examiner les conditions d'une ouverture aux prises en charge en urgence après une régulation médicale validée par les instances conventionnelles locales et fondée sur une organisation territoriale mise en place dans le cadre d'un projet de santé et répondant à un cahier des charges validé par l'ARS.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour ouvrir, à compter du 1er avril 2018, la cotation des majorations cliniques visées aux articles 28.2.1 à 28.2.5 aux médecins exerçant en secteur à honoraires différents lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

La mise en œuvre de cette ouverture est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale pour les actes et majorations cliniques y figurant.

Article 28.3 Les consultations complexes

Ces consultations correspondent à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ou à des situations cliniques comprenant un fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention…).

Afin de mieux répondre à cette complexité et/ou à ces enjeux, les partenaires conventionnels proposent l'inscription dans la liste des actes et prestations définie à l'article L. 162-1-7 du code de nouvelles consultations ou la revalorisation de consultations déjà existantes couvrant les situations suivantes.

28.3.1 Consultations à fort enjeu de santé publique

Afin de répondre à certains enjeux de santé publique, les partenaires conventionnels souhaiteraient que soient créées ou mieux valorisées :

- ✓ la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans, dénommée CCP (Consultation de Contraception et Prévention), réalisée à tarif opposable par le médecin généraliste, le gynécologue ou le pédiatre qui serait valorisée à hauteur de 46 euros, au 1er novembre 2017 ; cette consultation serait prise en charge à 100 % ;

- ✓ une consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, dénommée CSO (Consultation Suivi de l'Obésité), réalisée à tarif opposable par le médecin traitant de l'enfant qui serait valorisée à hauteur de 46 euros, au 1er novembre 2017 ; cette consultation pourrait être facturée au maximum deux fois par an ;

- ✓ certaines consultations du nourrisson :

  - consultations pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8ème jour, 9ème mois ou 10ème mois et 24ème ou 25ème mois), dénommée COE (Consultation Obligatoire de l'Enfant), réalisées à tarif opposable par un médecin (généraliste ou pédiatre) qui serait valorisée à hauteur de 46 euros au 1er novembre 2017 ;

- consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ème jour de vie, par un pédiatre. Cette consultation dénommée CSM (Consultation de Sortie Maternité), réalisée à tarif opposable, serait valorisée à hauteur de 46 euros, au 1er novembre 2017.

Dans le cadre de la mise en œuvre des deux consultations précitées, la majoration MBB et FPE du généraliste seraient supprimées.

28.3.2 Consultation de prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable

Les partenaires conventionnels conviennent également de la nécessité de mieux valoriser la prise en charge des situations cliniques complexes suivantes, réalisées dans le cadre du parcours de soins et entendent favoriser la création des consultations suivantes :

- ✓ consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie…) réalisée à tarif opposable par un endocrinologue ou un gynécologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PEG (Pathologie Endocrinienne de la Grossesse), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, avec un maximum de 4 consultations par grossesse ;

- ✓ première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide) réalisée par un endocrinologue ou, pour l'anorexie mentale, par un pédiatre, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée TCA (Trouble du Comportement Alimentaire), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, réalisée par le neurologue ou le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée MCT (Majoration patients Cérébrolésés ou Traumatisés) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, avec un maximum de 4 consultations par an ;

- ✓ consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC, réalisée par le neurologue ou le médecin MPR, qui serait valorisée, par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée SLA (Séquelles Lourds AVC) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants, avec un maximum de 4 consultations par an ;

- ✓ première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent, par le rhumatologue, le médecin MPR ou le chirurgien, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée SGE (Scoliose Grave de l'Enfant) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PPN (Prise en charge Pathologies Neurologiques), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ; cette consultation serait facturable une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aigu ;

- ✓ consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge par un pneumologue d'un asthme déstabilisé qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée MCA (Majoration Consultation Asthme déstabilisé), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ; cette consultation serait facturable une fois par an ou en cas de décompensation ;

- ✓ consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un rhumatologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée PPR (Prise en charge Polyarthrite Rhumatoïde) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ; cette consultation serait facturable une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aigu.

Certaines consultations complexes seraient accessibles dans les mêmes conditions aux pédiatres présentant une compétence spécifique dans les domaines suivants :

- pneumopédiatrie pour la consultation de prise en charge d'un asthme destabilisé (consultation avec majoration MCA)
- neuropédiatrie pour la consultation de prise en charge d'une épilepsie instable (consultation avec majoration PPN) ou pour la consultation spécifique de prise en charge coordonnée d'un patient cérébro-lésé ou traumatisé médullaire (consultation avec majoration MCT)

Ils proposent également la création des consultations spécifiques suivantes :

- ✓ Consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours, par un pédiatre, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée MSP (Majoration Suivi Prématurés) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants;

- ✓ première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité, réalisée par un gynécologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros dénommée MPS (Majoration pour Prise en charge de la Stérilité) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1er novembre 2017.

28.3.3 Les consultations correspondant au niveau CCMU 4 et 5 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS

Les parties signataires souhaitent également que soit créée une consultation dénommée U45 pour valoriser les interventions de niveau CCMU 4 et 5 réalisées par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS, à tarif opposable et qui serait valorisée à 46 euros à compter du 1er janvier 2018.

28.3.4 Revalorisation de certaines consultations complexes de la NGAP et création de nouvelles consultations complexes

Les partenaires conventionnels conviennent de revaloriser les consultations suivantes :

- ✓ Consultation pour la prescription de certains types d'appareillage de première mise réalisée par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui est valorisée à 46 euros. La majoration MTA est donc portée à 23 euros ;
- ✓ Consultation en présence de la famille, d'un tiers social ou médico-social, par le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave, qui est valorisée par le biais de la MPF portée à 20 euros ;
- ✓ Consultation annuelle de synthèse familiale pour le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD, qui est valorisée par le biais de la MAF portée à 20 euros ;
- ✓ Consultation pour diabète compliqué insulino dépendant ou insulino requérant ou première consultation pour endocrinopathie complexe réalisée par l'endocrinologue ou le médecin spécialiste en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie, qui est valorisée à 46 euros. La majoration MCE est donc portée à 16 euros.

L'ensemble de ces valorisations entrent en vigueur le 1er novembre 2017.

- ✓ Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires (CSC), qui est portée à 47,73 euros. au 1er juillet 2017.

Les partenaires conventionnels proposent également la création des consultations suivantes :

- ✓ Première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose, réalisée par un pneumologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée MPT (Majoration de Prise en charge de la Tuberculose), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;
- ✓ Première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire, par un médecin vasculaire, un gynécologue ou gynécologue obstétricien dans le cadre du suivi de la grossesse ou un cardiologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée PTG (Première consultation Thrombophilie Grave),

dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ Consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, grand-prématuré), par un ophtalmologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée POG (Pathologie Oculaire Grave), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;
- ✓ Première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire par un pneumologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 euros, dénommée MMF (Majoration Prise en charge Mycose ou Fibrose pulmonaire), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1er novembre 2017.

28.3.5 Valorisation de l'avis ponctuel de consultant

L'avis ponctuel de consultant effectué par le médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant est facturé dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP.

- Sa valeur est portée de 46 euros à 48 euros au 1er octobre 2017 puis à 50 euros au 1er juin 2018.
- Sa valeur est portée de 57,50 euros à 60 euros au 1er octobre 2017 puis à 62,50 euros au 1er juin 2018 pour l'avis de consultant réalisé par un psychiatre, neuropsychiatre ou un neurologue.
- Sa valeur est fixée à 69 euros pour l'avis de consultant réalisé par les professeurs des universités-praticiens hospitaliers.

Article 28.4 Les consultations très complexes

Les partenaires conventionnels s'accordent sur le fait que ces consultations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe. Elles ne recouvrent qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charge.

Dans ce cadre, ils proposent la création de différentes consultations :

- ✓ consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative, réalisée par le médecin, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée MIS (Majoration pour information Initiale et mise en place de la stratégie thérapeutique), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée PIV (Prise en charge Infection VIH), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha), réalisée par le rhumatologue ou le médecin de médecine interne en cas de polyarthrite rhumatoïde active, de spondylarthrite ankylosante, de rhumatisme psoriasique, réalisée par le gastroentérologue en cas de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique. Cette consultation serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée MPB (Majoration pour traitement par biothérapie anti-TNF alpha), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ Consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique, par un rhumatologue, un dermatologue ou par un médecin spécialiste en médecine interne, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros dénommée MAV (Maladie Atteinte Viscérale) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale, réalisée par le néphrologue, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée IGR (Insuffisance Greffe Rénale) dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée MMM(Majoration pour prise en charge Malformation congénitale et Maladie grave du fœtus), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 euros, dénommée CPM (Consultation Pédiatrique Malformation), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants ;

- ✓ consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier réalisée par un pédiatre à tarif opposable qui serait valorisée à hauteur de 60 Euros, dénommée EPH (Enfant Pathologie handicap). Cette consultation pourrait être facturée une fois par trimestre ;

- ✓ consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave, réalisée à tarif opposable par un pédiatre, qui serait valorisée à hauteur de 60 Euros, dénommée CGP (Consultation Grand Prématuré). Cette consultation très complexe pourrait être facturée 2 fois par an.

L'ensemble de ces valorisations seraient mises en œuvre au 1er novembre 2017.

Les partenaires conventionnels proposent d'intégrer dans cette catégorie de prise en charge très complexe la visite longue du médecin traitant des patients atteints de pathologie neuro-dégénérative (VL). Ils proposent ainsi de simplifier sa rédaction, de la valoriser à hauteur de 60 euros au 1er novembre 2017 et de permettre sa cotation au maximum trois fois par an.

Par ailleurs, les partenaires conventionnels estiment que l'amélioration de l'accès aux soins des personnes atteintes d'un handicap mental sévère doit constituer une priorité. Ils s'accordent donc pour identifier les moyens à mettre en place pour mieux identifier ces patients. A l'issue de ces travaux, ils détermineront les conditions de création d'une consultation longue et très complexe pour la prise en charge très spécifique de ces patients.

Article 28.5 Majoration pour le suivi des personnes âgées

La convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 a instauré une majoration dénommée MPA (Majoration Personnes Agées), versée trimestriellement et calculée sur la base de 5 euros par consultation ou visite réalisée pour les patients âgés de plus de 80 ans pour tenir compte du suivi spécifique effectué auprès de ces patients âgés, compte tenu de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse. Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants. Elle bénéficie aux médecins pour les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant et pour les médecins généralistes en l'absence du médecin traitant.

Pour les patients suivis par leur médecin traitant, cette majoration est intégrée dans le Forfait patientèle médecin traitant (MTF) défini à l'article 15.4.1.

Article 28.6 Le développement du recours à la télémédecine

- Suivi des personnes en EHPAD – changement de médecin traitant d'un patient entrant en EHPAD (acte de télé expertise)

L'encouragement au développement des regroupements professionnels et aux échanges entre professionnels notamment avec le déploiement de la télémédecine (télé expertise et téléconsultation) participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous.
Les partenaires conventionnels souhaitent donc promouvoir le déploiement de la télémédecine dans le respect des dispositions de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et du décret n° 2010-1229 19 octobre 2010.
Dans ce cadre, ils souhaitent plus particulièrement renforcer l'accès aux soins et le suivi des personnes âgées résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) lorsqu'elles sont conduites, lors de leur admission dans ce type d'établissements à changer de médecin traitant compte tenu de l'éloignement de ce dernier par rapport à leur nouveau lieu de vie.
C'est pourquoi, les parties signataires proposent la création d'un acte de télé expertise au sens de la définition prévue dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 valorisant l'échange d'informations entre le médecin traitant assurant le suivi du patient avant son admission dans l'EHPAD et le nouveau médecin traitant choisi par le patient à l'occasion de son entrée dans l'EHPAD et ce, en lien avec le médecin coordonnateur. L'échange d'informations s'effectuerait notamment sur la base du contenu du volet de synthèse médicale (VSM) et de la dernière prescription établie pour le patient ainsi que sur tout élément jugé utile pour la bonne prise en charge du patient (examens de biologie, imagerie, etc.). Ces informations seraient communiquées par messagerie sécurisée de santé et alimenteraient le DMP.

Les partenaires conventionnels s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de cet acte afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31 décembre 2016.

- consultation en urgence par les médecins généralistes des personnes en EHPAD (acte de téléconsultation)

Les partenaires conventionnels souhaitent également contribuer à la mise en place d'un dispositif permettant aux patients résidant en EHPAD de bénéficier de consultations par téléconsultation par un médecin généraliste, en urgence, dès lors que leur état de santé le justifie afin d'éviter des hospitalisations inutiles.

Ils s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de cet acte de téléconsultation afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31 décembre 2016.

- extension France entière du recours à la téléconsultation et à la téléexpertise pour quelques pathologies identifiées faisant l'objet d'expérimentation dans le cadre de l'article de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

    - Plaies chroniques

Les partenaires conventionnels souhaitent également contribuer à la mise en place d'un dispositif permettant aux patients présentant des plaies chroniques de pouvoir bénéficier d'un avis par téléconsultation ou téléexpertise dès lors que l'évolution d'une plaie chronique et complexe le justifie.
Ils s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de

ces actes de téléconsultation et téléexpertise afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31 décembre 2016.

- Insuffisance cardiaque

Les partenaires conventionnels souhaitent également contribuer à la mise en place d'un dispositif permettant aux patients atteints d'insuffisance cardiaque de bénéficier d'un avis par téléconsultation ou téléexpertise dès lors que l'évolution de leur état de santé le justifie, notamment lors de modifications/adaptations thérapeutiques.

Ils s'engagent à mener dès l'automne 2016 des travaux sur la définition et le niveau de valorisation de ces actes de téléconsultation et téléexpertise afin qu'un avenant puisse intervenir dans les meilleurs délais et au plus tard le 31 décembre 2016.

Article 29. Valorisation des activités techniques

Les partenaires conventionnels souhaitent mieux valoriser l'activité technique des médecins et notamment les conditions d'exercice particulier des spécialités dites de plateau technique lourd, à savoir la chirurgie, l'anesthésie-réanimation et la gynécologie-obstétrique.

Dans ce but, les partenaires conventionnels s'accordent sur la nécessité de :

1. donner une nouvelle dynamique à la Classification Commune des Actes Médicaux, en mettant en place des travaux structurants de maintenance de la CCAM ;
2. faire évoluer la liste des actes soumis aux modificateurs J et K afin non seulement de mieux valoriser les actes thérapeutiques non répétitifs réalisés en bloc opératoire sous anesthésie générale mais également, s'agissant du modificateur K, pour augmenter la valeur du tarif de ces actes quand ils sont réalisés par les chirurgiens ou les gynécologues-obstétriciens de secteur à honoraires opposables ou adhérant à l'option définie à l'article 49 et suivants (OPTAM-CO) ou lorsqu'ils sont facturés aux patients bénéficiant de la CMUc et de l'ACS ou pris en charge en urgence ;
3. mieux prendre en compte la spécificité de la prise en charge en urgence des patients, par la revalorisation significative des modificateurs d'urgence la nuit et le dimanche, ainsi que des actes pris en charge en urgence de jour, dès lors qu'ils concernent des urgences vitales ou des urgences d'organe, dans les conditions définies ci-après ;
4. revaloriser certains actes techniques lourds d'anesthésie-réanimation.

A ce titre, un suivi régulier des différentes mesures mises en place pour les spécialités techniques sera réalisé dans le cadre de l'observatoire des mesures conventionnelles défini à l'article 81 de la présente convention. Parallèlement à la création de cet observatoire, des mesures conventionnelles, les missions de l'observatoire de la CCAM ont été revues et figurent à l'Annexe 2 de la convention.

Article 29.1 Maintenance de la CCAM

La maintenance de la CCAM nécessite d'actualiser l'ensemble des composantes du tarif de l'acte : le coût de la pratique et la hiérarchisation du travail médical. Il convient de préciser les modes d'évaluation du travail médical et du coût de la pratique et de définir des priorités et un calendrier de travail.

Ces priorités d'évolution des actes de la CCAM, afin de les valoriser de manière efficiente, seront définies par les partenaires conventionnels en fonction :

- des pratiques médicales, dont celles à fort impact économique et de santé publique,
- des innovations thérapeutiques et organisationnelles.

A cet effet, un groupe de travail conventionnel sera mis en place, avec une première réunion au 4ème trimestre 2016, afin de préparer une première étape d'actualisation en 2017.
Ce groupe de travail a vocation à s'appuyer notamment sur les travaux de la Commission de la Hiérarchisation des Actes et Prestations (CHAP). Une fois la méthodologie validée par les partenaires conventionnels, ainsi que le calendrier, la mise en œuvre de l'évolution des actes de la CCAM se fera au sein des instances compétentes.

Une première restitution des travaux du groupe de travail conventionnel sera présentée à la Commission Paritaire Nationale à la fin du premier semestre 2017.

Article 29.2 Evolution des modificateurs J et K

Lors du passage de la NGAP à la CCAM, deux modificateurs ont été introduits pour maintenir la valorisation des actes de chirurgie (modificateur J) et favoriser leur réalisation en secteur à honoraires opposables (majoration forfaits modulables : modificateur K). Deux évolutions de ces modificateurs sont proposées tout en maintenant les règles existantes en CCAM de tarification selon le secteur de conventionnement du médecin.

29.2.1 Modification du périmètre des actes autorisant les modificateurs J et K

L'objectif est de mieux valoriser certains actes thérapeutiques non répétitifs sanglants réalisés en bloc opératoire sous anesthésie générale ou loco-régionale pratiqués par les chirurgiens ou les gynéco-obstétriciens en leur appliquant le modificateur J (et par voie de conséquence le modificateur K) qui ne leur est pas applicable à ce jour. 270 actes seraient concernés par cette mesure.
En revanche, pour une mise en cohérence avec la définition du modificateur J, 4 actes seraient supprimés de la liste et ne pourraient dès lors plus être soumis à ces modificateurs.
La mise en œuvre de cette mesure interviendrait le 15 juin 2017 et est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

29.2.2 Revalorisation du modificateur K

Afin de mieux valoriser le tarif de ces actes thérapeutiques quand ils sont réalisés par les médecins de secteur à honoraires opposables ou adhérant à l'option pratique tarifaire maitrisée telle que définie aux articles 49 et suivants (OPTAM-CO) ou quand ils sont facturés au tarif opposable aux patients bénéficiant de la CMUc et de l'ACS ou pris en charge en urgence, la valeur du modificateur K serait portée à 20% à compter du 15 juin 2017.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 29.3 Evolution de la valorisation des actes d'anesthésie

Afin de mieux valoriser certains actes d'anesthésie lourds, la majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention (modificateur 7) serait portée à 6% au 15 juin 2017.
La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

De plus, afin d'assurer la prise en compte de l'évolution des pratiques des actes d'anesthésie, les partenaires conventionnels examineront les conditions de valorisation de l'analgésie post opératoire par la création d'un acte spécifique : un groupe de travail sera mis en place avant la fin de l'année 2016. Les partenaires conventionnels conviennent, par ailleurs, d'étudier la possibilité d'étendre les indications de l'acte d'écho guidage dans le cadre de l'anesthésie loco régionale.

Article 29.4 Mieux prendre en compte le caractère particulier de la prise en charge en urgence des patients

L'objectif est de mieux valoriser les actes réalisés en urgence sur les plateaux techniques lourds en chirurgie, anesthésie et gynécologie-obstétrique.

Dans ce cadre, les parties signataires souhaitent mieux valoriser les modificateurs pour les actes réalisés en urgence en plateau technique lourd à compter du 1er janvier 2018:

- pour les actes réalisés en nuit profonde par les chirurgiens, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens avec une valeur qui serait portée de 40 euros à 80 euros.
- pour les actes réalisés de 20h à minuit par les chirurgiens, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens avec une valeur qui serait portée de 25,15 euros à 50 euros.
- pour les actes réalisés le dimanche et jours fériés par les chirurgiens, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens avec une valeur qui serait portée de 19,06 euros à 40 euros
- pour les actes en urgence en journée par les chirurgiens, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, avec la création proposée d'une majoration de 80 euros, pour les actes chirurgicaux en urgence vitale et urgence d'organes réalisés dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient soit dans les établissements privés disposant des autorisations de service d'urgence et participant de ce fait à la régulation soit pour les patients non transférables.

La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Titre 4. L’exercice conventionnel

Sous-Titre 1. Les conditions d’exercice

Conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur, les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf, d’une part, lorsque l'assuré est dans l'incapacité de se déplacer selon des critères soit médico-administratifs, soit sociaux et environnementaux et, d’autre part, lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique. Les consultations médicales peuvent également être données dans les maisons médicales de garde. En outre, quand les nécessités de la santé publique l'exigent, un médecin peut être autorisé à dispenser des consultations et des soins dans une unité mobile selon un programme établi à l'avance sur autorisation du Conseil de l’Ordre des médecins dans les conditions définies par le code de la santé publique.

Les médecins placés sous le régime de la présente convention s'engagent à faire bénéficier leurs malades de soins consciencieux, éclairés, attentifs et prudents, conformes aux données actuelles de la science.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale, les médecins observent dans tous leurs actes et prescriptions la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité du traitement.

Article 30. Démarches du médecin auprès de la caisse lors de l’installation en libéral

Le médecin qui souhaite exercer son activité sous forme libérale et facturer à l’assurance maladie les actes réalisés dans ce cadre effectue les démarches nécessaires auprès de sa caisse de rattachement pour se faire enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant d’effectuer cette facturation. L’assurance maladie identifie un interlocuteur unique en son sein pour accompagner le médecin dans ses démarches administratives liées à l’installation. A cette occasion, le médecin expose son choix d’exercer ou non sous le régime de la présente convention et son secteur d’exercice conventionnel tel que défini aux articles 37 et 38. En l'absence de déclaration expresse dans un délai d’un mois, le praticien est réputé exercer en secteur à honoraires opposables.

Article 31. Démarches du médecin auprès de la caisse lors de la cessation d’activité en libéral

Le médecin qui cesse son activité libérale doit impérativement en informer sa caisse de rattachement.

Lorsque la caisse constate que depuis au moins douze mois le médecin n’a facturé aucun acte à l’assurance maladie, elle l’informe qu’elle suspend l’application de l’ensemble des dispositions

conventionnelles. Cette disposition n’est pas applicable lorsque le médecin justifie cette cessation d’activité par un motif indépendant de sa volonté (ex : maladie, etc.).

Article 32. Situation des médecins exerçant au sein des sociétés d’exercice

Conformément aux dispositions réglementaires, dans les cabinets regroupant plusieurs praticiens exerçant en commun, quel qu'en soit le statut juridique (SEL, SCP, SCM etc.), l'exercice de la médecine doit rester personnel. Chaque praticien garde son indépendance professionnelle.

Au sein des sociétés d’exercice inscrites au tableau de l’Ordre des médecins et dont l’objet est l’exercice libéral de la médecine, les médecins, quel que soit leur statut, adhèrent individuellement à la convention et conservent individuellement le choix et le bénéfice des options conventionnelles prévues par la présente convention.

L’exercice de la médecine au sein de ces sociétés d’exercice y compris pour les salariés de ces sociétés est assimilé à de l’exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.

Article 33. Situation des collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés

Le médecin salarié par un médecin libéral ne peut adhérer personnellement à la convention médicale des médecins libéraux.

Il exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n’étant pas adhérent lui-même à la convention, il applique les tarifs opposables au sens de l’article 37 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Toutefois, lorsque le collaborateur salarié d’un médecin exerçant en secteur à honoraires différents détient lui-même les titres ouvrant l’accès à ce secteur, il peut appliquer les tarifs correspondant au dit secteur.

Article 34. Situation du remplaçant

Le médecin, qui souhaite effectuer une activité de remplacement d’un médecin exerçant dans le cadre de la présente convention, effectue une démarche auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer. Le médecin remplacé vérifie que le médecin remplaçant remplit bien toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la présente convention.

Il s'engage à porter à la connaissance de son remplaçant les dispositions de la présente convention et à l'informer des droits et obligations qui s'imposent à lui dans ce cadre.

Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale libérale rémunérée dans le cadre de la présente convention durant son remplacement, à l’exception d’un exercice dans le cadre du contrat de solidarité territoriale défini à l’article 7.

Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la présente convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP).

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l’assurance maladie.

Article 35. Situation des adjoints et des assistants des médecins libéraux conventionnés

Le médecin conventionné peut lorsque des besoins de santé publique l’exigent, en cas d’afflux exceptionnel de population ou si son état de santé le justifie, se faire assister temporairement par un adjoint ou un assistant dans les conditions définies aux articles R. 4127-88 et L. 4131-2 du code de la santé publique.

Il est tenu d’en informer sa caisse d’assurance maladie. Il transmet dans ce cadre une copie des autorisations nécessaires.

L’adjoint ou l’assistant exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n’étant pas adhérent lui-même à la convention, il ne peut appliquer que les tarifs opposables au sens de l’article 37 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur.

Article 36. Situation des médecins assurant une tenue de cabinet

Un médecin peut être autorisé temporairement par l’Ordre des médecins dans les conditions définies par le code de la santé publique à assurer la gestion du cabinet d’un confrère décédé. Le médecin désigné pour assurer cette gestion du cabinet effectue une démarche auprès de la caisse d’implantation du cabinet pour se voir enregistrer et attribuer un identifiant lui permettant de facturer les actes à l’assurance maladie.

Il est considéré temporairement comme conventionné dans le cadre de cette activité de tenue de cabinet. Il ne peut appliquer que les tarifs opposables au sens de l’article 37 de la présente convention, quel que soit le secteur conventionnel du confrère décédé. Cette activité n’est pas assimilée à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Sous-Titre 2. Les secteurs conventionnels

Article 37. Secteur à honoraires opposables

Les médecins adhérant à la convention s'engagent à respecter les tarifs qui y sont fixés.

Le respect des tarifs opposables ainsi que les modalités d'utilisation des possibilités de dépassements limitativement énumérées aux paragraphes suivants s'imposent aux médecins pour leur activité exercée dans le cadre de la présente convention.

Les médecins appliquent les tarifs opposables, fixés dans l'annexe 1 de la présente convention, sauf dans les cas énumérés ci-après.

Article 37.1 Cas particulier de l'accès non coordonné

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient et excepté pour les soins délivrés aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire, les médecins spécialistes régis par la présente convention et appliquant les tarifs opposables, sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements sont plafonnés, pour les actes cliniques, de manière à ce que, arrondi à l'euro supérieur, le montant facturé n'excède pas de plus de 17,5% la valeur des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5% pour chaque acte technique effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

De plus, pour l'ensemble de son activité le médecin s'engage à respecter :

- pour les actes techniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le système national d'information inter-régimes - Assurance maladie (SNIIR-AM),
- pour les actes cliniques, un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%, avec pour base le SNIIR-AM.

Si les soins réalisés dans le parcours de soins coordonnés ne permettent pas d'atteindre le ratio de 70%, le médecin doit, en facturant des honoraires selon les tarifs opposables du parcours de soins coordonnés, respecter les limites suivantes :

- pour les actes cliniques, appliquer à la consultation la majoration forfaitaire transitoire (MPC) ainsi qu'un dépassement ne pouvant excéder le montant de la majoration de coordination prévue dans le parcours de soins coordonnés,
- pour les actes techniques, appliquer les tarifs issus des listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et de la présente convention.

Article 38. Autres secteurs conventionnels

Article 38.1 Secteur à honoraires différents

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conserve le bénéfice.

38.1.1 Titres donnant accès au secteur à honoraires différents

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la spécialité qu'ils souhaitent exercer et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis en France dans les établissements publics de santé ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille. Les titres hospitaliers publics sont :

- ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984 ;
- ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 ;
- ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique ;
- médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées ;
- praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique ;
- praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

38.1.2 Procédure d'équivalence de titres

Les médecins disposant des titres suivants peuvent également accéder au secteur à honoraires différents sous réserve d'une part, de la reconnaissance de l'équivalence de ces titres avec les titres hospitaliers publics définis ci-dessus et d'autre part, de s'installer pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer.

Cette équivalence des titres est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux décisions de la caisse nationale d'assurance maladie, après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins et en tant que de besoin, des services ministériels compétents.

Titres pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics :

- titres acquis en France dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer ;
- titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné soit :

- par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union Européenne mise en place par la directive 2005/36,
- par l'arrangement Franco-Quebécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.

Pendant la durée de cette procédure visant à reconnaitre l'équivalence des titres, le médecin est autorisé à exercer en libéral sous le régime de la présente convention. Il exerce alors à titre transitoire dans le secteur à honoraires opposables. Dans le cas où l'équivalence des titres est reconnue, le médecin a alors la possibilité de choisir son secteur d'exercice conventionnel.

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit, dès la date de sa première installation en exercice libéral :

- déclarer, à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal, sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents,
- informer simultanément de sa décision, par écrit, l'URSSAF dont il dépend,
- indiquer dans les mêmes conditions le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal.

Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier

Par dérogation, l'exercice d'une activité libérale par les praticiens statutaires temps plein hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé dont le statut est défini dans le code de la santé publique n'est pas assimilé à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

38.1.3 Cas particulier de l'accès non coordonné

Dans le cadre de l'application des dispositions des articles L. 871-1 et R. 871-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'un praticien spécialiste autorisé à pratiquer des honoraires différents facture un dépassement d'honoraire à un patient le consultant en dehors du parcours de soins coordonnés et en dehors des cas d'urgence et d'éloignement, celui-ci est réputé correspondre à un dépassement autorisé prévu à l'article 37.1 dans la limite du plafond fixé par ce même article.

Article 38.2 Secteur droit à dépassement permanent (DP)

Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent à la date d'entrée en vigueur de la présente convention en conservent le bénéfice.

Article 38.3 Pratique tarifaire des médecins exerçant en secteur à honoraires différents et titulaires du droit à dépassement permanent

Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent fixent et modulent le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

En outre, dans le contexte actuel de croissance économique faible, ces médecins s'engagent à modérer leur pratique tarifaire pendant la durée de la présente convention afin de garantir l'accès aux soins.

De plus, en sus des situations déjà prévues par les textes réglementaires (situations d'urgence médicale et soins délivrés aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire), les médecins susmentionnés pratiquent leurs actes aux tarifs opposables, pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

Les partenaires conventionnels s'accordent pour ouvrir, à compter du 1er avril 2018, la cotation des majorations cliniques visées aux articles 28.1 et 28.2 aux médecins exerçant en secteur à honoraires différents lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

La mise en œuvre de cette ouverture est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale pour les actes et majorations cliniques y figurant.

Article 38.4 Engagement de l'assurance maladie sur l'accessibilité au dispositif ACS

L'assurance maladie met en œuvre les moyens nécessaires pour :

- favoriser l'accès au dispositif de l'ACS (information sur les critères d'accessibilité, accompagnement dans les démarches, amélioration des délais de traitement des dossiers, etc.) des assurés sociaux remplissant les critères d'éligibilité ;

- apporter aux médecins libéraux l'information nécessaire sur leurs patients disposant de l'attestation de droit à l'ACS. A cet égard, l'information que le patient bénéficie de l'ACS figure dans la carte vitale et sur l'attestation tiers payant intégral ACS de l'assuré lorsque ce dernier a souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le Ministère de la Santé.

Article 39. Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels

Article 39.1 Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE)

En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires.

Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif.

L'indication « DE » est portée sur la feuille de soins.

Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA) tel que défini au paragraphe suivant.

Article 39.2 Cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention

Le médecin conventionné en secteur à honoraires opposables peut pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA) défini à l'article 37.1 dans le cas où un patient le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant.

Il informe le malade du montant du dépassement autorisé non remboursé par l'assurance maladie et lui en explique le motif.

Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE) tel que défini au paragraphe précédent.

Sous-Titre 3. Option pratique tarifaire maitrisée (OPTAM)

L'accès aux soins de tous les assurés sociaux quelles que soient leurs ressources financières constitue une priorité des partenaires conventionnels.
Il apparait donc nécessaire de poursuivre la dynamique de baisse des dépassements d'honoraires engagée avec la mise en place du contrat d'accès aux soins et les actions conventionnelles sanctionnant les pratiques tarifaires excessives, conformément à l'engagement de modération tarifaire fixé par l'article 38.3.
Au regard des résultats obtenus, tant en termes de baisse des dépassements d'honoraires qu'en ce qui concerne l'augmentation des actes à tarif opposable, les parties signataires s'accordent pour maintenir une option ouverte à l'ensemble des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent à dépassement qui souhaitent s'engager en contrepartie d'avantages conventionnels dans la maitrise de leurs dépassements d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins de leurs patients.
Toutefois, elles décident de revoir les modalités d'application du contrat d'accès aux soins défini dans la convention approuvé par arrêté du 22 septembre 2011 pour améliorer sa lisibilité et son attractivité auprès des médecins.
Dans ce cadre, le contrat d'accès aux soins est désormais remplacé par deux options, une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) applicable à l'ensemble des médecins et

une option dénommée option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou une spécialité de gynécologie-obstétrique conformément aux articles 40 et suivants.
Ces options conventionnelles ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie. Dans cet objectif, l'assurance maladie s'engage, à faire bénéficier les médecins souscrivant à ces options des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.
L'objectif est de favoriser l'activité à tarifs opposables et l'attractivité de ces options.

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Article 40. Les médecins éligibles à l'option (OPTAM)

L'option est ouverte à tous les médecins quelle que soit leur spécialité d'exercice.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,
- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée.

Pour un même médecin, l'OPTAM n'est pas cumulable avec l'OPTAM-CO définie aux articles 49 et suivants.

Article 41. Les engagements de l'OPTAM

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Article 41.1 Engagements du médecin dans l'OPTAM

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part de ses actes réalisés aux tarifs opposables et le taux de dépassement constatés au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention.

Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente convention est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été le sien si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini supra. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'article 2 de l'annexe 21, supérieur à 100 %.
Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention :
Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie au présent article de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie ,de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure
Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence.
Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.

Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'entrée en vigueur de la présente convention.

Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013 :

Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement, constatée pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent article à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 41.2 Engagement de l'assurance maladie

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Pour les médecins éligibles à l'OPTAM-CO, définie aux articles 49 et suivants, qui choisiraient néanmoins d'adhérer à l'OPTAM, le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur O se substituant au modificateur K) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est fixé à 11,5%. Toutefois, ces médecins vont pouvoir bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20% lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la CMUC, de l'ACS ou pris en charge en urgence dans les conditions définies à l'article 29.2.2.

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par les médecins adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée de la manière suivante :
Est appliqué un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Ce taux varie en fonction de chaque spécialité, tel que défini à l'annexe 19.
Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année N) par le médecin est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels (en juillet de l'année N+1).

Mise en place d'une rémunération dégressive en fonction du niveau de respect des engagements
Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définies à l'article 44 bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :

- Ecart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,

- Ecart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,

- Ecart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,

- Ecart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique,

- Ecart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération spécifique.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour le calcul de la rémunération spécifique des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures concernées précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 42. Avenant à l'OPTAM

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité

réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions de l'annexe 21.

Article 43. Modalités d'adhésion et durée de l'OPTAM

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 41.1, par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 18 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention établi conformément aux dispositions de l'article 41.1.
La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion à l'option est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Article 44. Modalités de suivi des engagements de l'OPTAM

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 45.
A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins
Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 45. Modalités de résiliation de l'OPTAM

Article 45.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option. Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option. Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 45.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 44, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 42, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.
Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 84, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.
A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.
La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au cours de la dernière année.

Article 46. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31 décembre 2016 dans les conditions définies en annexe 17.
Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, ne sont pas adhérents au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.
Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011, dans les conditions définies à l'annexe 17, n'est possible à compter du 1er janvier 2017.

Article 47. Modalité de mise en œuvre de l'OPTAM

L'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est ouverte à compter du 1er janvier 2017.

Les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et défini à l'Annexe 17 de la présente convention se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 48. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'option OPTAM et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires dans le cadre d'un observatoire dont la composition et les missions sont définies en annexe 25.

Sous-Titre 4. Option pratique tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

Article 49. Les médecins éligibles à l'option tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique

L'option est ouverte aux médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option :

- les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1,
- les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents,
- les médecins titulaires du droit à dépassement permanent

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

Pour les médecins, nouvellement installés dans les spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, le seuil des 50 actes réalisés ne pouvant s'appliquer, ceux-ci choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, OPTAM ou OPTAM-CO.

Les médecins éligibles à l'OPTAM-CO disposent toutefois de la possibilité d'adhérer à l'OPTAM, dans les conditions définies aux articles 40 et suivants.

Pour un même médecin, l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM définie aux articles 40 à 48.

Article 50. Engagements du médecin dans l'OPTAM-CO

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.
Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables et le taux de dépassement moyen constatés au cours des trois années précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention.
Par ailleurs, le médecin qui n'était pas antérieurement adhérent au contrat d'accès aux soins est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini au présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'annexe 21, supérieur à 100 %.
Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21.

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

<u>Cas particulier des médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention :</u>
Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention peuvent adhérer à l'option. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent l'article, à l'exception des chirurgiens cardio-vasculaires et thoraciques, des chirurgiens infantiles, des neurochirurgiens pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins de même spécialité médicale exerçant en groupe ou en structure
Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée durant les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe sur la période de référence.
Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins
Par dérogation, pour la fixation des taux d'engagement dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.
Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention.
Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013 :
Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie au présent article, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 51. Engagement de l'assurance maladie dans l'OPTAM-CO

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

En outre, les parties signataires souhaitent comme indiqué à l'article 29.2.2 de la présente convention que le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définie dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale soit porté à 20% pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option (OPTAM-CO). La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 52. Avenant à l'OPTAM-CO

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'annexe 21.

Article 53. Modalités d'adhésion et durée de l'OPTAM-CO

Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, dans les conditions définies à l'article 50 , par le biais d'un contrat conforme au contrat-type dont le modèle figure à l'annexe 20 qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au contrat un état de la pratique tarifaire du médecin sur les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente convention établi conformément aux dispositions de l'article 50.
La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.
L'adhésion à l'option (OPTAM-CO) est valable pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.

Article 54. Modalités de suivi des engagements dans l'OPTAM-CO

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires. Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 55.2.
A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option. Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures. Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des établissements précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 55. Modalités de résiliation de l'OPTAM-CO

Article 55.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci.
Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.
Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.
Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 55.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile telle que définie à l'article 54, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un

courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.
La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 52, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.
Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 84, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.
A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option.
La caisse peut également engager à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur option, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'OPTAM-CO au titre de la dernière année.

Article 56. Impact de la nouvelle convention sur le contrat d'accès aux soins défini dans le cadre de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011

Les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31 décembre 2016 dans les conditions définies en annexe 17.
Les médecins qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente convention, ne sont pas adhérents au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée ont la possibilité d'adhérer à ce contrat dans les conditions définies à l'annexe 17.
Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 dans les conditions définies à l'annexe 17 n'est possible à compter du 1er janvier 2017.

Dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Article 57. Modalités de mise en œuvre de l'option OPTAM-CO

L'option pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-CO est ouverte à compter du 1er janvier 2017.

Les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins issu de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011et défini à l'Annexe 17 de la présente convention se voient proposer d'adhérer à la nouvelle option en signant un avenant au contrat.

Article 58. Suivi des pratiques tarifaires

Chaque année, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre de l'OPTAM-CO et vérifient l'équilibre des contreparties financières du dispositif au regard du nombre des médecins ayant adhéré à l'option et de leur pratique tarifaire.

Titre 5. Moderniser les relations entre les médecins et l'Assurance maladie

La simplification administrative facteur de gain de temps pour les médecins dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse d'assurance maladie.

L'assurance maladie s'engage dans une démarche globale d'amélioration de sa qualité de service qui se décline au travers différents axes :

- un engagement de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour harmoniser leurs procédures et faciliter la facturation des actes : garantie de paiement, délai de paiement, réduction des motifs de rejets de facturation, suivi de la facturation ;
- une évolution des outils proposés en matière de téléservices ;
- un accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Sous-Titre 1. Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie

Article 59. Les engagements de l'Assurance maladie sur la gestion de la facturation des actes

L'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes.

Les engagements de l'assurance maladie en matière de paiement et de suivi de facturation sont les suivants :

- La garantie de paiement sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient et ce, même si ce dernier n'a pas mis sa carte à jour.
- Les rejets liés aux droits des patients sont supprimés ; pour toute FSE réalisée avec une carte Vitale, les rejets liés aux droits des patients sont supprimés, quels que soient les changements de situation du patient : changement de régime ou de situation familiale, déménagement, etc.
  En l'absence de carte Vitale, le service ADRi permet d'obtenir une situation de droit à jour pour le patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'assurance maladie obligatoire.
- Les rejets des factures liés au parcours de soins sont supprimés.
- La garantie d'être payé sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède 7 jours ouvrés, une indemnité est versée par l'assurance maladie dans les conditions

définies réglementairement. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'assurance maladie publient sur leur site internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.

- Un meilleur suivi de la facturation avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article 60. Modalités des échanges relatifs à la facturation à l'Assurance Maladie

Article 60.1 Le principe de facturation en Feuille de Soins Electronique (FSE)

La facturation des actes et prestations s'effectue par principe sous format électronique dit «système SESAM-Vitale » selon les conditions définies ci-après. En cas d'impossibilité, la facturation peut s'effectuer par le biais de la facturation « SESAM dégradé » définie à l'article 61.1 ou de la feuille de soins sur support papier définie à l'article 61.2.

Les médecins adhérant à la présente convention utilisent le service de la télétransmission des feuilles de soins pour les assurés sociaux (système SESAM-Vitale).

La facturation à l'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues par les textes réglementaires et les dispositions de la présente convention ainsi que celles du cahier des charges des spécifications des modules SESAM-Vitale en vigueur, publié par le GIE SESAM Vitale et en utilisant une solution agréée CNDA ou homologuée GIE SESAM-Vitale.

Article 60.2 L'utilisation de la carte de professionnel de santé

La réalisation et l'émission de FSE conformément aux spécifications SESAM-Vitale nécessitent l'utilisation d'une carte de professionnel de santé (CPS).

Le coût des cartes de professionnel de santé délivrées dans ce cadre est pris en charge par les caisses, pour la durée de la présente convention. Il en va de même pour les cartes dites « de personnel d'établissement » (CPE) attribuées aux médecins salariés, dans la limite d'une CPE par médecin.

Article 60.3 L'utilisation de la carte Vitale

Le médecin consulte des informations sur l'assuré ou ses ayants droit au vu de la carte d'assurance maladie dite « Vitale ».

Dans le cas où l'assuré n'est pas en capacité de présenter sa carte Vitale le médecin peut utiliser le service ADRi (Acquisition des DRoits intégrée) pour obtenir une situation de droits à jour de son patient lors de l'établissement de la FSE, en accédant aux droits figurant dans les bases des organismes de l'Assurance Maladie.

L'appréciation du niveau de prise en charge par la caisse d'assurance maladie s'effectue à la date de soins.

Article 60.4 Les règles de télétransmission de la facturation

60.4.1 L'équipement informatique des caisses d'assurance maladie

Les caisses s'engagent à maintenir un niveau et une qualité de service informatique afin d'assurer le règlement des FSE dans les conditions prévues par la présente convention.

60.4.2 Equipement informatique du médecin

Le médecin met en œuvre les moyens nécessaires :

- pour intégrer en temps utile les évolutions de son équipement lui permettant de rester conforme à la réglementation et à la version en vigueur du système SESAM-Vitale ;
- pour disposer sur son poste de travail des données nécessaires à la tarification et à la facturation conformes aux dispositions réglementaires en vigueur ;
- pour assurer au mieux la continuité du service de la télétransmission au bénéfice des assurés sociaux, notamment pour respecter les délais réglementaires de transmission des feuilles de soins électroniques.

60.4.3 Liberté de choix du réseau

Le médecin a la liberté de choix de l'équipement informatique grâce auquel il effectue la télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'assurance maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.

La télétransmission des feuilles de soins électroniques nécessite une connexion à un réseau de transmission utilisant un protocole internet conforme aux spécifications du système SESAM-Vitale.

Le médecin a le libre choix de son fournisseur d'accès internet ou de tout service informatique dès lorsqu'ils sont conformes aux spécifications du système SESAM-Vitale, et compatibles avec la configuration de son équipement. Les parties signataires mettent en œuvre les moyens nécessaires pour faire en sorte que les logiciels agréés SESAM-Vitale intègrent au minimum une interface qui les rende compatibles avec le plus grand nombre des fournisseurs d'accès internet.
Il peut aussi recourir à un organisme concentrateur technique (OCT), dans le respect des dispositions légales et réglementaires ayant trait à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et relatives à la confidentialité et l'intégrité des flux de FSE.

Cet organisme tiers, dont le médecin a le libre choix, agit pour le compte et sous la responsabilité du médecin avec lequel il conclut un contrat à cet effet.
Lorsqu'il souhaite utiliser les services d'un OCT, le médecin doit impérativement s'assurer que les procédures mises en œuvre par l'OCT sont conformes aux spécifications de SESAM-Vitale et, le cas échéant, aux autres procédures convenues entre ledit OCT et les organismes destinataires de feuilles de soins électroniques, pour la part régime obligatoire.

60.4.4 Respect des règles applicables aux informations électroniques

Le médecin doit s'assurer, dans tous les cas, du respect de la réglementation applicable aux traitements automatisés de données notamment en matière de déclaration de fichiers.

Les dispositions de la présente convention ne font pas obstacle à des transmissions directes par le médecin à des organismes complémentaires. Un éclatement de FSE vers des organismes

complémentaires peut être effectué, selon des modalités prévues par le cahier des charges SESAM-Vitale, par un OCT mandaté par le médecin.

Article 60.5 Principes généraux d'établissement des feuilles de soins électroniques

60.5.1 Etablissement des FSE

La télétransmission des FSE s'applique à l'ensemble des médecins, et des organismes d'assurance maladie du territoire national selon les règles contenues dans les textes législatifs et réglementaires ainsi que dans les spécifications du système SESAM-Vitale en vigueur complétées des dispositions de la présente convention.

60.5.2 Délai de transmission des FSE

Le médecin s'engage à adresser à la caisse d'affiliation de l'assuré les feuilles de soins par voie électronique dans les délais réglementairement fixés, que le paiement s'effectue en paiement direct ou en dispense d'avance des frais.

60.5.3 Délai de paiement en cas de dispense d'avance des frais

La caisse traite les FSE et émet l'ordre de virement du montant dû dans un délai maximal de cinq jours ouvrés, à compter du jour de la réception de l'accusé de réception logique (ARL positif). Si le délai de paiement excède sept jours, une indemnité est versée aux médecins dans les conditions définies réglementairement.

60.5.4 Garantie de paiement pour la procédure de dispense d'avance des frais

Les organismes d'assurance maladie s'engagent, en procédure de dispense d'avance des frais, à effectuer le paiement de la part obligatoire des actes facturés par la FSE, sur la base des informations relatives à la couverture maladie contenues dans la carte d'assurance maladie à la date des soins y compris lorsque les droits figurant en carte ne sont pas à jour.
Lorsque la caisse assume la responsabilité du règlement de la part relevant du régime complémentaire, elle supporte également, sur cette part, les obligations résultant de la garantie de paiement.

Utilisation du service ADRi (Acquisition des DRoits intégrée)

Pour fiabiliser la facturation, l'assurance maladie met à disposition un service intégré au logiciel SESAM Vitale. Il permet de connaitre la situation à jour des droits d'un patient grâce à un accès direct aux bases des organismes d'assurance maladie.

60.5.5 Procédure en cas d'échec d'émission d'une feuille de soins électronique

En cas d'échec d'émission d'une FSE, le médecin fait une nouvelle tentative dans les délais réglementairement prévus.
En cas de nouvel échec de la télétransmission de la FSE et selon les conditions décrites par le code de la sécurité sociale, le médecin établit un duplicata sous forme papier de la FSE. Ce duplicata mentionne expressément le motif de sa délivrance et les références de la feuille de soins électronique non transmise (numéros de FSE et de lot).
En cas de duplicata d'une feuille de soins établie sans dispense d'avance des frais à l'assuré, le médecin signe le duplicata et le remet à l'assuré, ou l'adresse lui-même à la caisse d'affiliation de l'assuré en indiquant que l'assuré n'a pas pu signer la feuille de soins.

En cas de duplicata avec dispense totale ou partielle des frais consentie à l'assuré, le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré le duplicata de la feuille de soins signé par lui-même et, si possible, par l'assuré ; à défaut, il indique que l'assuré n'a pas pu signer.
Dans les autres cas d'impossibilité de produire une feuille de soins électronique, le médecin remplit une feuille de soins papier.

Article 61. Les autres procédures de facturation

Article 61.1 La feuille de soins SESAM « dégradé »

61.1.1 Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie, le médecin réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».
Les parties s'engagent à en limiter l'utilisation au profit de la seule transmission de FSE et à en suivre l'évolution du volume dans le cadre des commissions paritaires locales.

61.1.2 Transmission des feuilles de soins SESAM « dégradé »

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le médecin réalise parallèlement aux flux une feuille de soins papier.
Le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier). Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement prévue à l'article 60.5.4 et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission défini à l'article 20.
En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 61.2 la facturation via la feuille de soins sur support papier

En cas d'impossibilité de produire des feuilles de soins électroniques ou SESAM « dégradé », la facturation est effectuée via la feuille de soins papier.
En cas de dispense d'avance des frais, le médecin facture directement la part obligatoire des actes et prestations à la caisse d'affiliation de l'assuré.
Il se charge de l'envoi à cette même caisse des documents nécessaires à la prise en charge dans les délais qui lui sont impartis par la réglementation.
En cas de paiement direct, l'envoi des feuilles de soins papier est effectué sous la responsabilité de l'assuré.
En cas de dispense d'avance des frais, la caisse règle directement au médecin les sommes correspondantes au remboursement dû par l'assurance maladie. Le règlement intervient dans un délai de vingt jours à compter de la réception des documents nécessaires à la prise en charge par la caisse.

Article 61.3 Les outils d'aide au suivi de la facturation

L'assurance maladie met en place une offre d'accompagnement des médecins pour faciliter le suivi des informations de facturation (paiement et éventuels rejets des paiements).

Article 61.4 Le déploiement de la norme NOEMIE 580

Equipé d'un logiciel de facturation agréé « suivi des factures sur la base de la norme NOEMIE 580 », le médecin bénéficie d'un retour d'information amélioré permettant :

- un meilleur suivi des paiements, rejets et régularisations de factures
  - identification de la facture de façon unique (indication du numéro et type de facture, date de facturation et lieu d'exécution)
  - information au niveau de la facture : payée, rejetée ou différée, avec le détail de la part obligatoire et de la part complémentaire pour chaque facture
  - motifs des rejets clairement identifiés avec l'indication
    - de la part concernée par le rejet (part obligatoire ou part complémentaire)
    - du niveau de rejet (facture, prestation, code affiné),
    - de la nature de la prestation
    - du libellé de rejet
- un rapprochement facilité entre les factures et les virements bancaires, avec l'indication de la référence du virement bancaire et des factures concernées par ce dernier,
- les retours d'information sur les factures sont regroupés par date comptable et référence de virement, ce qui permet de lister simplement les factures correspondant à un virement donné,
- une meilleure lisibilité des mouvements financiers avec une distinction des types de retours :
  - liquidation de factures
  - régularisation de factures
  - paiements ponctuels ou forfaitaires
  - retenues ponctuelles après accord formel du médecin.

Article 61.5 La mise en place d'un centre de services inter-régimes (CESI)

Un point de contact unique, commun à l'ensemble des régimes obligatoires et dénommé CESI (centre de services inter régimes), est mis à la disposition des médecins qui souhaitent bénéficier d'une assistance lorsqu'ils rencontrent une difficulté pour pratiquer le tiers-payant.
Il est constitué sous la forme d'un support multicanal : il est dans un premier temps accessible par courriel ou par téléphone. Des sollicitations par « chat », à partir d'Espace Pro ou par une application smartphone sont progressivement proposées.
L'équipe administrative dédiée répond à toutes les questions et à toutes les réclamations liées à la facturation en tiers-payant, quel que soit le régime d'affiliation du patient et sa caisse de rattachement :

- information générale sur la réglementation et les conventions applicables dans le cadre du tiers payant ;
- assistance à la facturation ;
- information sur les paiements et sur les rejets.

Lorsque la réponse ne peut être immédiatement apportée, un engagement de réponse en trois jours est pris. Cette réponse peut être assurée directement par la caisse de rattachement du patient, quel que soit son régime.
Le conseiller informatique service (CIS) ainsi que l'ensemble des interlocuteurs habituels en caisse restent à la disposition du médecin.

Sous-Titre 2.La simplification des échanges entre les médecins et l'assurance maladie

La simplification administrative répond à plusieurs objectifs :

- garantir l'ouverture des droits et permettre l'accélération des remboursements des patients afin de favoriser leur accès aux soins ;
- faciliter l'accès des patients à un certain nombre de prestations grâce au développement de télé services ;
- faciliter les relations entre professionnels de santé et assurance maladie et ainsi libérer du temps médical grâce notamment :
  - aux téléservices accessibles en mode intégré-logiciel ou via le portail Espace pro et permettant un certain nombre de déclarations en ligne (déclaration médecin traitant; déclaration simplifiée de grossesse; avis d'arrêt de travail; certificat médical pour AT-MP; commande de kits pour le dépistage du cancer colorectal…) ;
  - à la mise en place de protocoles électroniques (PSE) simplifiés pour les demandes d'ALD ;
  - à l'accompagnement personnalisé avec des correspondants identifiés sur les différents sujets et une meilleure coordination et réactivité des différents interlocuteurs.

Au-delà des améliorations d'ores et déjà apportées, l'Assurance Maladie souhaite poursuivre ses démarches engagées visant à mieux répondre aux besoins des médecins, grâce à des technologies plus agiles et plus réactives issues du digital.

Cette approche s'appuie sur :

- un recueil des besoins au plus près des médecins,
- une association des médecins à la construction du service,
- une phase d'expérimentation réelle avec une évaluation du produit par les utilisateurs,
- une prise en compte rapide des demandes d'amélioration.

Article 62. Les Téléservices

Les parties signataires considèrent que les mesures ayant pour objet de simplifier les échanges entre les médecins et l'assurance maladie contribuent à l'optimisation de la pratique des médecins et à une amélioration de la prise en charge de leurs patients.

L'objectif est de mettre à disposition des médecins un ensemble de services simplifiant leurs tâches administratives et facilitant la prise en charge de leurs patients quel que soit leur régime d'assurance maladie.

Ces services sont accessibles au travers des logiciels utilisés dans leur pratique quotidienne, ce qui évite les doubles saisies et permet de disposer des données à jour nécessaires à l'alimentation de leurs dossiers médicaux.

Dans l'attente de la mise en service de cette fonctionnalité, l'assurance maladie met à la disposition des professionnels des téléservices, via le portail de l'assurance maladie. De manière générale, les parties signataires veillent à la mise à disposition d'outils d'une ergonomie adaptée et d'utilisation rapide, prenant en compte les contraintes de la pratique du médecin en termes notamment de santé publique, de prise en charge et de suivi du patient, dans le cadre global de l'organisation de son cabinet.

A ce titre, les partenaires conventionnels s'engagent à travailler de manière concertée notamment dans le cadre du comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives définies à l'article 82 pour améliorer et développer des services mis à disposition des médecins en favorisant dans la mesure du possible, les phases d'expérimentation préalables à leur utilisation. Cette concertation se poursuit dans tout le processus de déploiement et de généralisation des services offerts.

Le développement des téléservices

Les téléservices suivants sont disponibles :

- Services en support des tâches et démarches administratives

Plusieurs services disponibles sur le portail Espace pro permettent au médecin d'accéder à des informations administratives concernant son activité : les informations concernant sa patientèle médecin traitant, les paiements effectués par l'Assurance Maladie. Plusieurs commandes peuvent également être faites en ligne (formulaires, kits de dépistage du cancer colorectal, tests de détection rapide de l'angine …).

- Services facilitant la prise en charge des patients

La gestion des protocoles de soins électroniques (PSE) simplifiés
Le service permet d'effectuer une demande de prise en charge de l'ALD avec une rédaction simplifiée du protocole de soins sur un support électronique. Il permet au médecin de disposer d'un accord immédiat pour les ALD à déclaration simplifiée. Il permet pour les autres un échange entre le médecin traitant et le médecin conseil.

La prescription d'arrêt de travail en ligne
Ce service permet de faire parvenir sans délai un avis d'arrêt de travail dématérialisé aux services concernés de l'assurance maladie et de produire le volet destiné à l'assuré.

La déclaration du médecin traitant en ligne
Ce service permet d'effectuer une déclaration « médecin traitant » dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie.

La déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle en ligne

Ce service permet de rédiger avec une aide intégrée, un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle avec l'arrêt de travail afférent transmis en temps réel aux services de l'assurance maladie.

La déclaration de grossesse en ligne
Ce service permet d'effectuer une déclaration de grossesse dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'assurance maladie ce qui évite à la patiente d'envoyer le certificat papier remis lors du premier examen médical.

- La dématérialisation des démarches d'installation

Ce service permet à un médecin qui souhaite s'installer de réaliser ses démarches en ligne. Il peut déposer en ligne les pièces justificatives nécessaires à son installation et prendre rendez-vous avec un conseiller de sa caisse. Dès son rendez-vous, il obtient ainsi sans attendre les documents nécessaires à son début d'exercice, et au plus tôt sa carte de Professionnel de Santé (CPS). Le service va être étendu aux médecins remplaçants.

Article 63. Des échanges personnalisés avec des correspondants identifiés

La simplification administrative, facteur de gain de temps pour les médecins dans leur exercice quotidien, réside notamment dans l'amélioration des relations directes qu'ils entretiennent avec leur caisse de rattachement. Dans ce cadre, l'assurance maladie obligatoire s'engage à mettre en place, dans chaque régime, une offre optimisée de la relation téléphonique, en proposant un numéro d'appel dédié aux professionnels et non surtaxé. Ce service est coordonné notamment avec le service médical.

La relation téléphonique est organisée de telle sorte que, sauf cas particuliers, les demandes ayant trait à la situation et aux droits des patients, les paiements, les rejets et les commandes d'imprimés fassent l'objet d'une réponse sans renvoi à un second niveau d'expertise. Les sujets relatifs à l'application de la convention, l'orientation vers le service médical et l'assistance technique à l'usage des téléservices peuvent justifier l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée.

Par ailleurs, l'assurance maladie s'engage à mettre en place par messagerie sécurisée, des échanges sécurisés pour les informations à caractère confidentiel entre les médecins traitants et les praticiens conseils. Plus largement, elle développe les échanges électroniques avec les interlocuteurs identifiés de l'assurance maladie à même de traiter les différentes demandes des médecins.

De leur côté, les médecins adhérant à la présente convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques et, quand ils en ont, leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'assurance maladie pour faciliter la communication d'informations.

Article 64. Un accompagnement des médecins dans leur pratique

Les parties signataires reconnaissent l'intérêt des programmes d'échanges et d'accompagnement mis en place auprès des professionnels de santé.

Les thèmes d'accompagnement prévus pour l'année sont présentés à l'occasion de la réunion de la commission paritaire nationale au début de chaque année.

Article 64.1 Les échanges confraternels entre les médecins et les praticiens conseils et les échanges avec les délégués de l'assurance maladie (DAM)

Lors des échanges confraternels ou des visites DAM, l'assurance maladie apporte aux professionnels de santé rencontrés des informations actualisées pour les aider dans l'exercice de leur pratique.

Ces informations prennent différentes formes :

- des recommandations de bonne pratique émanant des agences sanitaires nationales,
- selon le thème de la visite, un état des lieux des pratiques sur le territoire ou la présentation de résultats d'études,
- des informations personnalisées sur le thème de l'échange permettant au médecin rencontré de situer sa pratique au regard de celle de ses confrères du département ou de la région,
- des outils d'aide à la pratique (mémos de bonne pratique, arbre décisionnel, mémos coût..),
- la primeur du contenu de futures campagnes de communication destinées aux assurés,
- des brochures destinées à être remises aux patients pour qu'ils soient mieux informés et plus observants des recommandations émanant des professionnels de santé.

Article 64.2 Les Conseillers informatique service

Chaque caisse dispose de conseillers informatique service (CIS) chargés d'accompagner les professionnels de santé et notamment les médecins dans leur informatisation et dans l'utilisation des différents services proposés par l'assurance maladie dans le cadre de la dématérialisation des échanges.

Les conseillers informatique service sont à la disposition des médecins pour les aider au moment de la mise en place de l'informatisation du cabinet et ensuite pour leur apporter tous les conseils souhaités notamment sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices intégrés ou non à leurs logiciels métiers. Ils apportent également une information privilégiée sur l'ensemble des téléservices proposés par l'assurance maladie.

A ce titre, ils sont amenés à contacter ou rencontrer les médecins à leur demande ou de manière pro active sur plusieurs versants :

- assistance technique (démarrage d'utilisation des téléservices, résolution d'incidents),
- conseil et accompagnement (suivi attentionné dans le cadre de la facturation, préconisations pour une utilisation optimale des téléservices,).

Pour répondre aux besoins exprimés par les médecins d'une assistance rapide et efficace, l’assurance maladie met à disposition une solution de téléassistance pour l’utilisation du portail Espace Pro. Ce canal de contact permet une continuité de service pour les médecins sans interférence dans leur organisation (modulation des interventions à chaud ou sur rendez-vous).

Sous-Titre 3. Documents ouvrant droit au remboursement des prestations

Les parties signataires estiment qu’une action volontariste doit être engagée sur la dématérialisation de la prescription, en particulier des médicaments. L’objectif est de concevoir un schéma permettant un accès non seulement aux prescripteurs mais également aux prescrits et à terme aux assurés. Ce projet doit conduire à une simplification des échanges et permettre un meilleur suivi des patients d’une part, par l’alimentation directe du dossier médical et, d’autre part, par une meilleure traçabilité de la prescription pour les professionnels assurant la délivrance des soins prescrits.

Article 65. Documents relatifs à la facturation des prestations

Les médecins s'engagent à n'utiliser que les feuilles de soins, imprimés et documents conformes aux modèles définis par la réglementation qu’ils soient transmis par voie électronique ou sur support papier.

L’assurance maladie adresse aux médecins les différents imprimés et documents nécessaires à la facturation. Les commandes doivent être effectuées au regard du volume d’activité du médecin et être suffisamment anticipées pour permettre une fourniture par les caisses dans des délais compatibles avec les besoins du médecin et inférieurs à six semaines.

Les projets de modifications apportées sur ces modèles de documents sont transmis préalablement pour avis aux membres du comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé des simplifications administratives défini à l’article 82 de la présente convention.

Lorsque ces documents ne sont pas pré identifiés, les médecins doivent y reporter leur identification personnelle et l'identifiant de la structure d'activité dans laquelle ils exercent. Ils doivent être correctement renseignés et comporter toutes les informations nécessaires prévues par la réglementation.

Seuls permettent un remboursement les actes inscrits sur les listes citées à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale dont les médecins attestent qu'ils ont été dispensés et honorés.

Lorsqu’il réalise des actes ou prestations remboursables par l’assurance maladie, le médecin est tenu de mentionner ces actes sur la feuille de soins ou tout autre support en tenant lieu.

Article 66. Facturation des honoraires

Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l’assurance maladie, ce dernier n’établit pas de feuille de soins ni d’autre support, conformément à l’article L. 162-4 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent.

Lorsque les soins sont dispensés à titre gracieux, le médecin porte sur la feuille de soins la mention « acte gratuit ».

Il ne donne l'acquit par sa signature que pour les actes qu'il a accomplis personnellement et pour lesquels il a perçu des honoraires, réserve faite dans ce dernier cas des dispositions relatives à la dispense d'avance des frais.

Article 67. Facturation des actes effectués par le personnel agissant sous la responsabilité du médecin

Lorsque les actes sont effectués par un auxiliaire médical salarié ou par un médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle (collaborateurs salariés, adjointes et assistants définis aux articles 33 et 35) d'un médecin libéral, adhérant à la présente convention, la facturation s'effectue selon les modalités suivantes.

Les feuilles de soins ou les supports, sur lesquels sont portés les actes, doivent permettre l'identification nominale et codée du médecin employeur, suivie de l'identification de l'auxiliaire médical ou du médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle du médecin libéral. Le médecin employeur est identifié dans la rubrique réservée à l'identification de la structure et l'auxiliaire salarié ou le médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle du médecin libéral sont identifiés comme exécutant de l'acte.

L'auxiliaire médical ou le médecin exerçant sous la responsabilité conventionnelle du médecin libéral atteste la prestation de l'acte et le médecin employeur le paiement des honoraires ; ils apposent respectivement leur signature dans la colonne réservée à l'exécution de l'acte et dans la colonne réservée à l'attestation du paiement des honoraires.

La signature du médecin employeur sur la feuille de soins ou tout autre support engage sa responsabilité sur l'application, par l'auxiliaire médical ou le médecin exerçant sous sa responsabilité conventionnelle, des cotations de la nomenclature générale des actes professionnels et des tarifs en vigueur ainsi que du code correspondant.

Article 68. Rédaction des ordonnances

L'ensemble des mentions prévues par la réglementation en vigueur doivent apparaître lisiblement sur l'ordonnance.

L'ordonnance doit permettre l'identification de son auteur et contenir donc les informations suivantes :

- l'identifiant personnel du prescripteur autorisé à exercer (numéro RPPS),
- et l'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance, c'est à dire :
  - soit le numéro assurance maladie personnel (numéro AM) pour les médecins exerçant en structures disposant d'un tel numéro comme les cabinets médicaux (y compris les activités libérales exercées en milieu hospitalier).
  - soit le n°FINESS pour les structures comme les établissements de santé.

Les prescriptions sont formulées quantitativement et qualitativement avec toute la précision souhaitable, conformément à la réglementation en vigueur et notamment les mentions de l'ordonnance permettant la délivrance de l'intégralité du traitement et garantissant sa parfaite adaptation aux besoins de soins des patients.

Le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions :

- de médicaments ;
- de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'interventions nécessaires des auxiliaires médicaux ;
- d'examens de laboratoire.

Le médecin ne peut utiliser des ordonnances pré imprimées, sauf dans le cas où il précise les modalités pratiques de préparation à un examen ou une intervention. Toutefois, il peut s'appuyer, s'il l'estime utile, pour établir sa prescription, sur des modèles type de prescription ou des aides à la prescription élaborés dans le champ de la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Il se les procure en ligne, sur le site de l'assurance maladie, ou auprès de la caisse dans la circonscription de laquelle il exerce.

Ces documents sont soumis pour avis, avant d'être mis à la disposition des médecins par l'assurance maladie, au comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives défini à l'article 82 de la convention

Les partenaires conventionnels s'engagent à engager une réflexion dans le cadre de ce comité pour mettre en œuvre la dématérialisation de la prescription. Cette démarche a pour objectif de simplifier les échanges avec l'assurance maladie et les autres professionnels de santé et d'améliorer encore le suivi des patients (intégration dans le dossier médical du médecin, accès facilité aux professionnels prescrits).

Sous-Titre 4. Modalités particulières à l'exercice dans un établissement de santé

- **Actes réalisés dans un établissement de santé visé au d) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale**

Pour les actes médicaux effectués en établissement de santé visé au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans le cadre d'une hospitalisation avec ou sans hébergement, l'ensemble des actes dispensés ainsi que le montant correspondant des honoraires sont inscrits sur un support dit "bordereau de facturation" (bordereau S3404). Ce bordereau de facturation mentionne l'identifiant assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés au titre de l'activité libérale conventionnée.

Lorsque le médecin opte pour la dispense d'avance des frais, la part garantie par la caisse peut être versée selon son choix :

- soit globalement à un médecin désigné par ses confrères ou à une société de médecins ou à un groupement de médecins exerçant dans l'établissement,
- soit individuellement à chaque praticien (par défaut).

- **Actes réalisés par les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé pour la part de leur activité en libéral**

L'ensemble des actes dispensés par un praticien hospitalier temps plein, dans le cadre de son activité libérale, sont effectués dans les conditions définies par les articles L. 6154-2 à L. 6154-7 du code de la santé publique qui précisent les droits et obligations attachés à cette activité (plafond d'activité libérale autorisée, obligation de réaliser la même activité en secteur public, affichage des tarifs, obligation d'information du patient, transmission des données d'activité, paiement d'une redevance….).

Les actes et consultations réalisés dans ce cadre sont facturés au malade sous l'identifiant assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés dans l'activité libérale conventionnée conformément au I de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Le médecin temps plein hospitalier qui exerce une activité libérale dans les conditions prévues par la réglementation, a le choix de percevoir ses honoraires directement ou, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital, en application de l'article L. 6154-3 du code de la santé publique.

- **Actes réalisés dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral**

Un médecin exerçant à titre libéral a la possibilité de conclure un contrat d'exercice libéral avec un établissement public de santé dans les conditions définies aux articles L. 6146-2 et R. 6146-17 et suivants du code de la santé publique.
L'ensemble des honoraires correspondant aux actes dispensés par un médecin dans le cadre du contrat d'exercice libéral pour lequel il s'est engagé, sont directement versés par l'établissement public de santé signataire du contrat conformément à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique. L'établissement communique ensuite les états mensuels prévus à l'article R. 6146-21 du code de la santé publique à la caisse primaire d'assurance maladie dont relève chaque professionnel de santé.
Le médecin n'a pas la possibilité d'opter pour le paiement direct des honoraires. Il n'y a donc pas de facturation directe à l'Assurance Maladie. Cette activité ne relève pas du champ d'application de la présente convention.

- **Actes réalisés dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire**

Lorsque des actes médicaux sont réalisés par un médecin libéral intervenant dans un groupement de coopération sanitaire financé sur la base des tarifs de prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les honoraires du médecin sont versés par le groupement de coopération sanitaire en application de l'article L. 6133-8 du code de la santé publique. Cette activité ne relève donc pas du champ d'application de la présente convention.
Lorsque des actes médicaux sont réalisés par un médecin intervenant dans un groupement de coopération sanitaire financé sur la base des tarifs de prestations d'hospitalisation des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, en application de l'article L. 6133-8 du code de la santé publique, les honoraires du médecin sont versés directement par l'Assurance Maladie lorsque ce dernier exerce à titre libéral. L'ensemble des actes sont donc facturés sous l'identifiant assurance maladie personnel du médecin (numéro AM) pour permettre d'intégrer les actes réalisés dans l'activité libérale conventionnée.

Sous-Titre 5. Dispositions sociales

Article 69. Principe et champ d'application

En application du 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels conviennent que les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse.

Les parties signataires reconnaissent que le niveau de la protection sociale offerte aux médecins libéraux constitue un facteur déterminant pour les jeunes générations dans le choix de leur mode d'exercice de la médecine.

L'ensemble des mesures nécessaires à l'amélioration de cette protection sociale notamment dans les domaines suivants : couverture maternité, protection en cas d'incapacité de travail et couverture du risque accident du travail, maladies professionnelles suppose une évolution du cadre législatif et réglementaire afin de fixer la nature et le niveau des prestations ouvertes, ainsi que les contributions sociales afférentes.

Une fois ces modifications intervenues les partenaires conventionnels examineront les modalités de participation de l'assurance maladie au financement des éventuelles mesures retenues.

La participation de l'assurance maladie pour les risques maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse est assise sur les revenus acquis au titre de l'activité libérale effectuée dans le cadre de la présente convention à l'exclusion des dépassements d'honoraires.

L'assiette de participation des caisses d'assurance maladie est étendue également aux revenus tirés d'activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins. Cette disposition est applicable sous réserve de réaliser un seuil minimal d'activité dans le cadre de l'activité libérale conventionnée facturée individuellement à l'assurance maladie. Ce seuil est défini de la manière suivante : montant d'honoraires sans dépassement de l'activité libérale rapporté au total des honoraires sans dépassement perçus par le médecin au titre de l'activité libérale et de l'activité en structure, ce rapport devant être supérieur à 15%. La participation est conditionnée au respect des tarifs opposables fixés par la convention, attesté par la production de documents fixant les règles de rémunération entre les médecins et ces structures.

A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent que les forfaits rémunérant les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé privés dans le cadre du dispositif issu de la loi HPST sont inclus dans l'assiette de calcul de la participation des caisses aux cotisations sociales bien qu'ils ne s'agissent pas d'honoraires perçus au titre d'une activité effectuée dans le cadre conventionnel.

Cette participation ne concerne pas les adjoints, les assistants et les salariés mentionnés aux sous-titre 1 du titre 4 et suivants exerçant dans le cadre conventionnel ni les médecins exerçant exclusivement en secteur à honoraires différents.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes de la prise en charge des cotisations des médecins selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses.

Article 70. Assurance maladie, maternité, décès

Au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, les médecins conventionnés doivent une cotisation prévue à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.

La participation des caisses, dont les modalités de calcul sont détaillées à l'annexe 22 de la présente convention, est assise :

- d’une part, sur le montant du revenu net de dépassements d’honoraires tiré de l’activité libérale réalisée dans le cadre de la présente convention ;
- d’autre part, sur le montant des revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables fixés par la présente convention et que le seuil d’activité libérale défini à l’article 69 est atteint.

La hauteur de la participation de l’assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les médecins soit de 0,1% de l’assiette de participation définie au présent article.

Article 71. Allocations familiales

Au titre des allocations familiales, les médecins doivent une cotisation en application de l'article L. 242-11 du code de la sécurité sociale.

L’assiette de participation des caisses est identique à celle prévue à l’article 70 de la présente convention.

Cette participation de l’assurance maladie correspond à :

- 100 % de la cotisation pour les revenus inférieurs à 140% du plafond annuel de sécurité sociale,
- 75% de la cotisation pour les revenus compris entre 140% et 250% du plafond annuel de sécurité sociale,
- 60% de la cotisation pour les revenus supérieurs à 250% du plafond annuel de sécurité sociale.

Les modalités de calcul de la participation sont précisées à l’annexe 22 de la présente convention.

Article 72. Pérennisation du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV)

Afin de pérenniser le régime Allocation Supplémentaire Vieillesse (ASV), une réforme de ce régime a été mise en place par le décret no 2011-1644 du 25 novembre 2011. Au regard du bilan des mesures mises en place depuis 2012 et des perspectives financières du régime, une nouvelle réforme doit être initiée portant notamment sur l’évolution du taux de la cotisation proportionnelle mise en place par le décret de 2011.
Cette nouvelle réforme va faire l’objet d’un décret fixant notamment les nouveaux taux applicables à la cotisation proportionnelle.

Les partenaires conventionnels s’entendent pour maintenir le niveau de prise en charge de l’assurance maladie dans le régime des avantages complémentaires de vieillesse dans le cadre de cette réforme en cours. Ils actent donc les dispositions suivantes.

Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, prévue à l’article L. 645-2 du code de

la sécurité sociale et due par les médecins conventionnés, est fixée aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par décret.

La participation des caisses à la cotisation d'ajustement annuelle obligatoire prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale, et due par les médecins conventionnés au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, s'élève aux deux tiers du montant de ladite cotisation, tel que fixé par décret.

Article 73. Modalités de versement

La participation de l'assurance maladie est versée aux organismes de recouvrement, sur leur appel.

Titre 6. Vie conventionnelle

Sous-Titre 1. Durée et résiliation de la convention

Article 74. Durée de la convention

Conformément à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la présente convention nationale est conclue pour une durée de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de son arrêté d'approbation. La convention est renouvelable par tacite reconduction par période de même durée sauf dénonciation six mois au moins avant sa date d'échéance par les parties signataires dans les conditions définies dans le code de la sécurité sociale.

Article 75. La signature de la convention par une nouvelle partie

Toute organisation syndicale représentative peut signer la présente convention par un acte adressé à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). L'UNCAM informe alors les autres signataires. Cette nouvelle signature entraine une modification de la composition des instances paritaires dans les conditions définies aux articles 80 et suivants.

Article 76. Résiliation de la convention

La présente convention peut être résiliée par les partenaires conventionnels, soit par décision de l'UNCAM, soit par décision conjointe d'au moins deux organisations syndicales représentatives signataires de la convention représentant la majorité des suffrages exprimés aux dernières élections des unions régionales des professionnels de santé dans le collège des médecins généralistes ou au regard des résultats agrégés des collèges mentionnés aux 2° et 3° de l'article L. 4031-2 du code de la santé publique puis du collège des médecins spécialistes, à compter des élections aux unions régionales des professionnels de santé de 2020, dans les cas suivants :

- non-respect grave et répété des engagements conventionnels du fait de l'une des parties ;
- modification législative ou réglementaire affectant substantiellement les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins.

La résiliation s'effectue par lettre recommandée avec avis de réception et prend effet à l'échéance d'un délai de six mois. Durant ce délai, l'UNCAM ouvre des négociations en vue de la conclusion d'une nouvelle convention dans les conditions prévues par la réglementation.

Sous-Titre 2. Modalités de notification et d'adhésion des médecins

Article 77. Notification

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie met à disposition des professionnels de santé concernés sur son site internet, la présente convention, ses annexes et, le cas échéant, les avenants à la présente convention, dans un délai d'un mois suivant leur publication au Journal officiel de la République Française.

Article 78. Modalités d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale :

- les médecins précédemment placés sous le régime de la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 applicable aux médecins libéraux à la date d'entrée en vigueur de la convention, sont considérés tacitement comme y adhérant.
- les médecins exerçant hors du régime de la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 à la date d'entrée en vigueur de la présente convention et les praticiens s'installant en exercice libéral au cours de la vie conventionnelle, qui souhaitent adhérer à la présente convention en font la demande soit par courrier recommandé avec avis de réception adressé à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent, soit lors du rendez-vous de préparation à l'installation avec la caisse primaire d'assurance maladie Leur adhésion à la convention est effective à la date à laquelle la caisse accuse réception de leur demande.

Article 79. Modalités de rupture d'adhésion

Conformément aux dispositions de l'article R. 162-54-9 du code de la sécurité sociale, le médecin qui ne souhaite plus être placé sous le régime de la présente convention adresse un courrier recommandé avec accusé de réception à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle il exerce. Cette décision prend effet un mois après la date de réception de son courrier par la caisse primaire d'assurance maladie. Le médecin reste autorisé à formuler à tout moment une nouvelle demande d'adhésion en conservant le secteur d'exercice auquel il appartenait, au moment de sa sortie de la convention.

Sous-Titre 3. Les instances conventionnelles

Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle et mettent en place :

- une commission paritaire nationale et des commissions spécifiques placées auprès d'elle,

- une commission paritaire régionale dans chaque région administrative,
- une commission paritaire locale dans chaque département.

Dans chacun des départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique, de la Réunion et de Mayotte une seule commission paritaire est mise en place. Elle assure les missions des CPR et CPL.

Il est prévu un financement spécifique pour la formation à la vie conventionnelle.

Les indemnisations des médecins pour leur participation aux instances conventionnelles sont assimilées à des honoraires d'actes conventionnés.

Article 80. La Commission Paritaire Nationale (CPN)

Article 80.1 Composition de la Commission Paritaire Nationale

La CPN est composée de :

- 12 représentants de l'UNCAM, qui constituent la section sociale,
- 1 représentant de l'UNOCAM (en formation plénière) sous réserve de son adhésion à la convention médicale dans les conditions définies à l'article 15.4,
- 12 représentants des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, qui constituent la section professionnelle.

Section professionnelle

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins exerçant à titre libéral adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

Cette section est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- Régime général : 8 représentants.
- Régime agricole : 2 représentants
- Régime social des indépendants : 2 représentants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Siège également en formation plénière, avec voix délibérative, 1 représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM). Dans cette configuration de formation plénière, le Président de la section Professionnelle dispose de 2 voix afin d'assurer la parité entre les sections.

Dans les cas d'examen par la commission d'un recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions définies aux articles 85 et

suivants, et de l'éventuelle modification des indicateurs du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique défini aux articles 27 et suivants, la CPN se réunit en formation restreinte sans le représentant de l'UNOCAM. Dans ce cadre, le Président de la section professionnelle dispose d'une seule voix afin d'assurer la parité entre les sections.

Participe également à titre consultatif aux séances de la CPN un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins

La commission peut en outre se réunir en formation orientations ou en formation exécutive.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'article 85 et à l'Annexe 24, la CPN est composée exclusivement des médecins de la section professionnelle et de la section sociale, sans le représentant de l'UNOCAM de la manière suivante :

La section professionnelle de la CPR en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires.

La section sociale composée :

- des deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 4 voix ;
- du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime social des indépendants, siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 2 voix.

En cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire, la commission constituée de l'ensemble des signataires de la convention, se réunit dans les deux mois à compter de la date de signature du nouveau signataire ou de retrait effectif d'un signataire.

La commission fixe lors de cette réunion la composition de chacune de ses deux sections comportant un nombre égal de membres, de la façon suivante :

- une section professionnelle dont le nombre de sièges et leur répartition sont arrêtés par les organisations syndicales représentatives signataires de la convention,
- une section sociale dont le nombre de sièges est égal à celui de la section professionnelle et donne lieu à une répartition entre les régimes membres de cette commission.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 23 de la présente convention.

Article 80.2 Mise en place de la Commission Paritaire Nationale

La CPN est mise en place dans les deux mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au minimum 3 fois par an et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Elle se réunit au siège de l'UNCAM ou en cas d'indisponibilité, dans les locaux d'un des régimes membre de l'UNCAM.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 80.3 Rôle de la Commission Paritaire Nationale

Dans le cadre de sa mission générale de suivi de la vie conventionnelle et du respect des engagements respectifs des parties, la commission a une double vocation d'impulsion et de coordination des actions menées tant au niveau national que local en application de la convention.

La CPN réunie en formation orientations délibère sur les orientations de la politique conventionnelle et particulièrement sur :

- le suivi et l'évaluation du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés ;
- le suivi et l'évaluation des résultats des options de pratique tarifaire maîtrisée définies aux articles 40 et suivants et les engagements des médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent définis à l'article 38.3 ;
- le suivi de la mise en œuvre des dispositifs de rémunération sur objectifs de santé publique définis aux articles 27 et suivants et l'éventuelle modification des indicateurs composant ces dispositifs, conformément à l'article 27.5 ;
- le suivi de la mise en place du dispositif incitatif mis en place aux articles 4 et suivants pour améliorer la répartition de l'offre de soins ;
- le bilan des rémunérations versées au titre des forfaits patientèle médecin traitant et structure définis aux articles 15.4 et 20 de la convention afin d'examiner les conditions d'évolution de ces forfaits.

La CPN réunie en formation exécutive est notamment chargée des missions suivantes :

- elle veille au respect des dispositions conventionnelles par les médecins et les caisses au niveau local ;
- elle détermine le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale dans les départements comportant plusieurs caisses primaires ;
- elle prend toutes les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des instances régionales et locales ;
- elle prépare les avenants et annexes de la convention ;
- elle suit les résultats des actions d'accompagnement mis en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients
- elle délibère sur les activités médicales à soumettre à la Haute Autorité de santé en vue de l'établissement de références médicales telles que définies aux articles L. 162-5 et L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale ;
- elle propose des orientations prioritaires pour le développement professionnel continu dans les conditions définies à l'article L. 4021-2 du code de la santé publique pour accompagner notamment la mise en place des dispositifs conventionnels s'attachant à promouvoir et à valoriser l'amélioration de la qualité des soins et favorisant le juste soin dans toutes ses

composantes: prévention et dépistage, suivi des pathologies chroniques, efficience des prescriptions et réduction des actes inutiles ou redondants ;

- elle contribue à la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des priorités de santé publique et des objectifs de maitrise médicalisée dès lors que le cadre juridique le permet.
- elle contribue à l'élaboration du budget du Fonds des actions conventionnelles (FAC) défini à l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale pour la section des médecins dans la limite fixée par la Convention d'Objectifs et de Gestion, en équilibre des recettes et des dépenses ;
- elle assure l'installation et le suivi du comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives ;
- elle émet un avis sur le recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions définies aux articles 85 et suivants et à l'Annexe 24 de la convention;
- elle assure le suivi et examine le bilan des commissions des pénalités sur la base d'un bilan d'activité annuel communiqué par la CNAMTS ;
- elle est informée des critères de ciblage pour les dispositifs de mises sous accord préalable du service du contrôle médical (MSAP) et de mise sous objectifs de réduction des prescriptions (MSO) définies à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale et examine un bilan annuel de leur mise en œuvre.

Article 81. Observatoire des mesures conventionnelles

Au regard des modifications introduites dans la présente convention, les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de créer un observatoire conventionnel.

Celui-ci aura notamment pour missions le suivi et l'évaluation des mesures conventionnelles innovantes, dans leurs aspects médico-économiques, juridiques et financiers.

Article 81.1 Missions de l'observatoire

Les thèmes de travail porteront notamment sur :

- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité clinique telle que décrite aux articles 28 et suivants,
- la mise en place et le suivi des mesures sur l'activité technique telle que décrite aux articles 29 et suivants et l'impact sur la valeur du modificateur K du nombre de médecins signataires de l'OPTAM-CO,
- l'élaboration de la méthodologie pour la fixation et la révision du coût de la pratique des actes en lien avec les travaux menés par l'observatoire de la CCAM défini à l'article 2 de l'annexe 2,
- la mise en place et le suivi des forfaits patientèle médecin traitant et structures définis aux articles 15.4.1 et 20,
- le suivi de la mise en place du médecin traitant de l'enfant,

- l’évolution de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Les études médico-économiques nécessaires seront menées en fonction des données disponibles et des possibilités actuelles des systèmes d’information.

Cet observatoire est une émanation de la commission paritaire nationale.

Article 81.2 Composition de l'observatoire

L'observatoire est une instance nationale, émanation de la Commission paritaire nationale.

Il est composé pour moitié de représentants de l'UNCAM et de représentants des organisations syndicales signataires de la présente convention.

L’Observatoire est constitué d'une section professionnelle et d'une section sociale.

Section professionnelle
Cette section est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Section sociale
Cette section est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- Régime général : 8 représentants.
- Régime agricole : 2 représentants
- Régime social des indépendants : 2 représentants.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

La présidence de l'observatoire est assurée à tour de rôle par un représentant des syndicats signataires de la convention nationale des médecins et par un représentant de l'UNCAM dans les conditions définies à l’article 23 du règlement intérieur type des commissions paritaires.

Membres consultatifs :

- Un représentant de l’Union Nationale des Organismes d’Assurance Maladie Complémentaire
- Un représentant du ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale.

Article 81.3 Fonctionnement de l'observatoire

Le programme de travail de l'observatoire est défini par la Commission paritaire nationale.

L'observatoire se réunit en tant que de besoin et au moins une fois par an.

Il peut entendre des experts désignés par le président ou le vice-président.

Les représentants des organisations syndicales, membres de l'observatoire, ont droit à une indemnité forfaitaire, dans les conditions prévues par la convention nationale pour les représentants siégeant à la Commission paritaire nationale.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré par l'UNCAM, qui a la responsabilité de son fonctionnement administratif.

Article 82. Comité technique paritaire permanent national chargé des simplifications administratives placé près de la CPN

Un comité technique paritaire permanent national (CTPPN) chargé notamment des « simplifications administratives » et des aspects techniques des relations entre les caisses et les médecins, est instauré près la CPN.

Article 82.1 Composition du CTPPN

Le comité est composé de 12 membres titulaires:

Section professionnelle

6 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 3 généralistes et 3 spécialistes. Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins exerçant à titre libéral adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale

6 membres titulaires représentants l'assurance maladie

- Régime Général : 4 représentants,
- Mutualité Sociale Agricole : 1 représentant,
- Régime Social des Indépendants : 1 représentant.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Seuls les médecins exerçant à titre libéral adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Participe également à titre consultatif aux séances du CTPPN, un représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire.

Article 82.2 Mise en place du CTPPN

Le CTPPN est mis en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Il se réunit au moins 3 fois par an et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Il se réunit au siège de l'UNCAM ou en cas d'indisponibilité, dans les locaux d'un des régimes membre de l'UNCAM.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, ….

Article 82.3 Missions du CTPPN

Le comité est chargé notamment :

- de mettre en œuvre le programme de simplifications administratives visant à aider le médecin dans son travail au quotidien en décidant des actions à mener afin d'en assurer la réussite ;
- d'accompagner la mise en place de ce programme au niveau local ;
- d'assurer le suivi des remontées des travaux des commissions paritaires locales ;
- d'examiner et d'émettre un avis sur tous les projets de modification des documents servant de base aux échanges entre l'assurance maladie et les médecins exerçant à titre libéral (formulaires, etc.) ;
- d'analyser tout dysfonctionnement du système SESAM-Vitale et d'examiner les réponses appropriées dans les meilleurs délais afin de garantir la continuité et l'adaptabilité du service de la télétransmission des feuilles de soins électroniques ;
- de formuler des observations sur le cahier des charges SESAM-Vitale et des propositions tendant à l'amélioration du système ; il est consulté chaque année sur la version du cahier des charges SESAM-Vitale retenue dans les indicateurs du volet 1 du forfait structure conformément à l'article 20.1 ;
- de suivre les procédures informatiques de gestion de la dispense d'avance de frais ou de tout autre dispositif issu de la réglementation ;
- de suivre les échanges de données dématérialisées entre l'assurance maladie et les médecins adhérant à la présente convention ;
- de définir les modalités de mise en ligne par les médecins d'informations notamment sur le portail de l'assurance maladie ;
- d'informer régulièrement la CPN de ses travaux et de lui établir un bilan annuel.

Les modalités de fonctionnement du CTPPN sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 23 de la présente convention.

Article 83. La Commission Paritaire Régionale (CPR)

Il est créé dans chaque région une Commission Paritaire Régionale.

La CPR est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau de la région.

Article 83.1 Composition de la Commission Paritaire Régionale

La CPR est constituée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

Section professionnelle

Cette section est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins exerçant à titre libéral adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale
Cette section est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :

- Régime général : 3 administratifs (dont le représentant régional auprès du régime général – coordonnateur), 3 conseillers, 2 médecins conseils.
- Régime agricole : 2 représentants, dont un médecin conseil.
- Régime social des Indépendants : 2 représentants, dont un médecin conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Participe également à titre consultatif aux séances de la CPR, un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins

La commission peut se réunir en formation orientations ou en formation exécutive.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à l'annexe 24, la CPR est composée :

- de la section professionnelle de la CPR en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires.
- des membres suivants pour la section sociale :
- des deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 4 voix ;
- du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime social des indépendants, siégeant dans la section sociale de la CPR en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 2 voix.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 23 de la présente convention.

Article 83.2 Mise en place de la Commission Paritaire régionale

La CPR est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au minimum trois fois par an dont au moins une fois en formation orientations et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,
- en cas d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Le secrétariat est assuré par l'organisme désigné par le directeur coordonnateur de la gestion du risque du Régime Général. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 83.3 Missions de la Commission Paritaire Régionale

La CPR réunie en formation orientations délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPR réunie en formation exécutive est chargée notamment des missions suivantes :

- elle assure le suivi des contrats incitatifs définis aux articles 4 à 7 en matière de démographie et est destinataire dans ce cadre des contrats types régionaux arrêtés par les ARS ;
- elle suit les résultats des campagnes d'accompagnement mises en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée définies au sous-titre 3 du titre 3 ;
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- elle assure un suivi des dépenses de santé au niveau régional ;
- elle émet un avis sur le recours suspensif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions aux articles 86 et suivants ;
- elle émet un avis sur les situations de pratiques tarifaires excessives, tel que définies à l'article 85, que lui soumet le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation d'exercice principal du médecin. Cet avis porte sur le caractère sanctionnable de la pratique tarifaire soumise puis sur la nature et le quantum de la sanction ;
- elle est informée des travaux des instances locales de la région ;
- elle informe régulièrement la CPN de ses travaux.

Article 84. La Commission Paritaire Locale (CPL)

La Commission Paritaire Locale a pour objectif principal d'assurer le bon fonctionnement et la continuité du régime conventionnel au niveau local.

Il est créé dans chaque département une Commission Paritaire Locale. Dans les départements comportant plusieurs caisses primaires, le nombre de commissions paritaires locales et leur répartition territoriale sont fixés par la CPN.

Article 84.1 Composition de la commission paritaire locale

La CPL est constituée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

Section professionnelle

Cette section est composée de douze représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Seuls les médecins exerçant à titre libéral adhérant à la présente convention et n'ayant pas fait l'objet d'une sanction devenue définitive de mise hors convention peuvent siéger à cette instance.

Section sociale
Cette section est composée de douze représentants titulaires de l'assurance maladie :

- Régime général : 3 administratifs, 3 conseillers, 2 médecins conseils ;
- Régime agricole : 2 représentants, dont 1 médecin conseil ;
- Régime social des indépendants : 2 représentants, dont 1 médecin conseil.

Un suppléant est désigné pour chaque siège.

Un médecin exerçant à titre libéral sous la présente convention ne peut siéger comme représentant de la section sociale.

Participe également à titre consultatif aux séances de la CPL, un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins

La commission peut se réunir en formation orientations ou en formation exécutive.

En "formation médecins" dans le cadre de la procédure définie à annexe 24, la CPL est composée :

- de la section professionnelle de la CPL en formation plénière telle que décrite supra, soit 12 représentants titulaires ;
- des membres suivants pour la section sociale :
  -
  - des deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale de la CPL en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 4 voix.
  - du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime social des indépendants, siégeant dans la section sociale en formation plénière, chacun de ces médecins conseils possédant 2 voix.

Les modalités de fonctionnement de la commission sont définies dans un règlement intérieur figurant à l'Annexe 23 de la présente convention.

Article 84.2 Mise en place de la Commission Paritaire Locale

La CPL est mise en place dans les trois mois qui suivent l'entrée en vigueur de la convention.

Elle se réunit au minimum 3 fois par an dont au moins une fois en formation orientations et dans les cas suivants :

- à la demande de l'une des parties signataires de la convention,
- en cas de d'entrée de nouveaux signataires dans le champ conventionnel ou de retrait d'un signataire.

Le secrétariat est assuré par le personnel administratif de l'une des caisses membre de la commission. Toutes les tâches administratives de la commission lui incombent : convocations, relevé de décisions, constats éventuels de carence, etc.

Article 84.3 Rôle de la Commission Paritaire Locale

La CPL réunie en formation orientations délibère sur les orientations de politique conventionnelle au niveau régional.

La CPL réunie en formation exécutive a notamment les missions suivantes :

- elle veille au respect des obligations respectives des parties et se réunit pour étudier toute question soulevée par l'application de la convention au niveau local ;
- elle assure le bon fonctionnement des dispositifs mis en place dans le cadre de la convention ;
- elle conduit toute analyse concernant l'évolution de la consommation des soins et les conditions d'accès aux soins des assurés ;
- elle suit les résultats des actions d'accompagnement mis en place dans le cadre de la maîtrise médicalisée ;
- elle est informée des programmes d'accompagnement mis en place au service des patients ;
- elle assure le suivi des mesures sur l'accès facilité au médecin traitant visées au sous-titre 2 du titre 1 ;
- elle examine les éventuels litiges entre un médecin et sa caisse de rattachement après saisine du médecin et dès lors que le Président et Vice-Président de la CPL ont accepté la mise à l'ordre du jour du dossier ;
- elle est informée des critères de ciblage pour les dispositifs de mises sous accord préalable du service du contrôle médical (MSAP) et de mise sous objectifs de réduction des prescriptions (MSO) définies à l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale et examine un bilan annuel de leur mise en œuvre,
- elle établit un relevé de décision à chaque réunion et le communique au secrétariat de la CPN ;
- elle se réunit avant toute décision susceptible d'être prise à l'encontre d'un médecin, pour émettre un avis dans les conditions fixées aux articles 85 et suivants de la convention.

Elle informe régulièrement la CPR et la CPN de ses travaux.

Sous-Titre 4.Le non-respect des engagements conventionnels

Article 85. De l'examen des cas de manquements

En cas de non-respect par le médecin des règles organisant ses rapports avec l'assurance maladie et notamment les dispositions conventionnelles, une procédure conventionnelle d'examen des manquements conventionnels ou réglementaires est engagée par les parties conventionnelles sur initiative d'une caisse.

Le non-respect des dispositions conventionnelles peut notamment porter sur :

- l'application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables dans les cas où ces derniers sont de droit au regard des dispositions réglementaires et conventionnelles ;
- l'utilisation abusive du DE ;
- la facturation d'actes fictifs ;
- une pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ;
- la non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation ;

- le non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- le non-respect du droit à la dispense d'avance des frais ou des tarifs opposables au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS ;
- le non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations.

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du profil et du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

La procédure conventionnelle applicable en cas de manquement imputable à un médecin est décrite à l'Annexe 24 de la présente convention.

Article 86. Des sanctions susceptibles d'être prononcées

Les sanctions susceptibles d'être prononcées à l'encontre d'un médecin sont les suivantes :

- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents pour une durée maximale de douze mois ;
- suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) tels que définis à l'article 37.1, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la présente convention ;
- suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant pour une durée maximale de douze mois ;
- suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent, cette sanction est d'un montant équivalent à la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois, dans les conditions définies aux articles 69 et suivants de la convention, s'ils exerçaient en secteur à honoraires opposables. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la

participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux ou équivalent pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent ;

- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

La mise hors champ de la convention de trois mois ou plus, entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de deux ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du médecin par la CPL. Elle peut, dans ce cadre et le cas échéant, se cumuler, avec la sanction prononcée à l'occasion de l'examen de ces nouveaux manquements.

Le sursis ne s'applique pas dans les cas ci-après :

- la suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention ;
- la suspension du droit permanent à dépassement ou du droit à pratiquer des honoraires différents.

Article 87. Des conséquences du déconventionnement sur l'activité de remplacement

Lorsqu'un médecin est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un médecin exerçant à titre libéral et régi par la présente convention.

Article 88. Du recours du médecin contre une sanction

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPR contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois,
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois,
- suspension de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales ou sanction financière équivalente dans les conditions définies à l'article 86, en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale.

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPN contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois,

- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois,
- suspension du droit permanent à dépassement et du droit à pratiquer des honoraires différents ou, quelle que soit la durée, pour toute sanction applicable aux cas de pratiques tarifaires excessives.

Ces recours suspendent la décision des caisses.

Dans le cas où la CPR ou la CPN sont saisies, les voies de recours de droit commun restent ouvertes dès lors que la procédure conventionnelle est épuisée.

Article 89. Des conséquences des sanctions ordinales et des décisions juridictionnelles

Lorsque le conseil de l'Ordre des médecins ou une juridiction a prononcé, à l'égard d'un médecin :

- une sanction devenue définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux,
- une sanction devenue définitive d'interdiction d'exercer,
- une peine effective d'emprisonnement.

Le médecin se trouve placé de fait et simultanément hors de la convention médicale, à partir de la date d'application de la sanction ordinale ou judiciaire ou de la mesure de liquidation judiciaire, et pour la même durée.

Le directeur de la CPAM informe le professionnel de sa situation par rapport à la convention médicale.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinale ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'une des mesures prévues aux articles 85 et suivants de la présente convention.

Article 90. De la continuité des procédures initiées avant l'entrée en vigueur de la convention

Les procédures conventionnelles en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont examinées au regard des dispositions de la présente convention.

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme.

Fait à Paris, le 25 août 2016

Pour l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie :

Le Directeur Général,

Nicolas REVEL

Au titre des généralistes	Au titre des spécialistes
Le Président de la Fédération Française des Médecins Généralistes Docteur Claude LEICHER	Les co-Présidents du syndicat Le BLOC Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU
	Docteur Philippe CUQ
	Docteur Jérôme VERT
Le Président de la Fédération des Médecins de France Docteur Jean-Paul HAMON	Le Président de la Fédération des Médecins de France Docteur Jean-Paul HAMON

ANNEXE À LA CONVENTION NATIONALE

ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX

ET L'ASSURANCE MALADIE

ANNEXE 1. TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

Sous-Titre 1. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes

Article 1 Tarifs en vigueur

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 et à l'article 15 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant : VL (prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)	46,00 €	50,60 €	55,20 €	(3)
Forfait pédiatrique enfant FPE du médecin généraliste pour les examens médicaux obligatoires donnant lieu à certificat (prévue à l'article 14-4-1 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration pour la prise en charge des nourrissons (0 à 24 mois inclus) par le médecin généraliste : MNO (prévue à l'article 14-4-2 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration généraliste enfant pour la prise en charge des jeunes enfants (2-6 ans) par le médecin généraliste MGE (prévue à l'article 14-4-3 de la NGAP)	3,00	3,00	3,00	3,00
Majoration de coordination généraliste : MCG (3) (prévue à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention médicale)	3,00	3,00	3,00	(3)
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	(3)
Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité : MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	(3)

Rémunération spécifique annuelle Médecin Traitant pour les patients en ALD (RMT) (prévue à l'article 15.4.1 et à l'annexe 10 de la présente convention) Applicable jusqu'au 31/12/2017	40,00	40,00	40,00	(3)
Forfait pour le suivi des patients en suivi post ALD (RST) (prévue à l'article 15.4.1 et à l'annexe 10 de la présente convention) Applicable jusqu'au 31/12/2017	40,00	40,00	40,00	40,00
Forfait médecin traitant (FMT) du médecin traitant pour les patients hors ALD (prévue à l'article 15.4.1 et à l'annexe 10 de la présente convention) Applicable jusqu'au 31/12/2017	5,00	5,00	5,00	5,00
Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (prévue à l'article 15.4.1 et 28.5 de la présente convention)	5,00	5,00	5,00	5,00
Forfait de surveillance thermal : STH (prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)	80,00	80,00	80,00	80,00
K Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	1,92	1,92	1,92	1,92
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation (4) (prévues à l'article 10 et à l'annexe 9 de la convention médicale)				(4)
CRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet	42,50	42,50	42,50	(4)
VRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite	46,00	46,00	46,00	(4)
CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet	51,50	51,50	51,50	(4)
VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite	59,50	59,50	59,50	(4)
CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet	26,50	26,50	26,50	(4)
VRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite	30,00	30,00	30,00	(4)
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)				
- de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MDN	38,50	38,85	39,20	39,20
- de 00h00 à 06H00 : MDI	43,50	43,85	44,20	44,20

Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD [2] (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Majoration pour actes la nuit et le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration de dimanche et jour férié : F [1] (prévue à l'article 14 de la NGAP)	19,06	19,06	19,06	19,06
Majoration d'urgence : MU (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite : IFD (prévue à l'article 13 de la NGAP)	3,50	3,85	4,20	4,20
Valeur de l'indemnité kilométrique : IK (prévue à l'article 13 de la NGAP):				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile				
- Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80	80	80	80
- Forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40	40	40	40
- Forfait mensuel de soins	90	90	90	90

[1] La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet

[2] La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

[3] Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

[4] Le dispositif de permanence des soins ambulatoire conventionnel n'est pas appliqué à Mayotte.

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

Article 2 Nouveau tarif applicable au 1er mai 2017

ANNEXE 1.

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Majoration pour les médecins généralistes : MMG (prévue à l'article 28.1 de la convention médicale)	2,00	2,00	2,00

ANNEXE 2.

Article 3 Nouveau tarif applicable au 1er juillet 2017

ANNEXE 3.

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 et à l'article 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60
Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60
Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60
Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	27,60	(3)
Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité : MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	27,60	(3)
Majoration de coordination généraliste : MCG (3) (prévue aux articles 16.2 et 28.2.1 et à l'annexe 11 de la convention médicale)	5,00	5,00	(1)

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

ANNEXE 4.

Article 4 Nouveau tarif applicable au 1er novembre 2017

ANNEXE 5.

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant : VL (prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)	60,00	72,00	(1)

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

ANNEXE 6.

ANNEXE 7.

Article 5 Nouveaux tarifs applicables au 1er janvier 2018

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique Guyane	Mayotte

		Réunion	
Majoration traitant urgence : MUT (prévue aux articles 18.3 et 28.2.4 de la convention médicale)	5,00	5,00	(1)
Majoration médecin traitant régulation : MRT (prévue à l'article 28.2.5 de la convention médicale)	15,00	15,00	(1)

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte

Sous-Titre 2. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes hors médecine générale

Article 1 Tarifs en vigueur

Actes	Métropole (1)	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : CS (prévue aux articles 2.1 et 15 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
CNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	37,00	40,70	44,40	44,40
Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables (prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP)	1,5 CNPSY 55,50	1,5 CNPSY 61,05	1,5 CNPSY 66,60	1,5 CNPSY 66,60
CSC (cardiologie) (prévue à l'article 15.1 de la NGAP)	45,73	50,61	52,44	52,44
Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie : CDE (prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP)	46,00	50,60	55,20	55,20
Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)				
Avis ponctuel de consultant	46,00	50,60	55,20	(3)
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue	57,50	63,25	69,00	(3)
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier	69,00	75,90	82,80	(3)
Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	27,60
VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	37,00	40,70	44,40	44,00
Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant : VL (prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)	46,00	50,60	55,20	(3)
Forfait pédiatrique enfant (0 à 25 mois inclus) par le pédiatre: FPE (prévue à l'article 14-4 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration pour les consultations d'enfants de 0 à 25 mois inclus pour le pédiatre : MNP (prévue à l'article 14-4 bis de la NGAP)	3,00	3,00	3,00	3,00
Majoration pédiatre enfant pour les enfants de 25 mois à 6 ans : MPE (prévue à l'article 14-4 quinquies de la NGAP)	3,00	3,00	3,00	3,00

Majoration pour les examens médicaux obligatoires donnant lieu à certificat et pour la consultation entre la sortie de maternité et le 28ème jour: MBB (prévue à l'article 14.4 ter de la NGAP)	7,00	7,00	7,00	7,00
Majoration de consultation annuelle de synthèse pour un enfant de moins de 16 ans atteint d'une ALD pour le pédiatre : MAS (prévue à l'article 14.4 quater de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie congénitale grave : MPP (prévue à article 15.7 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration pour la consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an par le psychiatre et pédopsychiatre : MPF (prévue à l'article 14.4.4 I de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour la consultation annuelle de synthèse avec la famille pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialiséepour le psychiatre et pédopsychiatre : MAF (prévue à l'article 14.4.4 II de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Forfait thermal (STH) (prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)	80,00	80,00	80,00	80,00
Majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation: MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP).	20,00	20,00	20,00	20,00
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	(3)
Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité : MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	25,30	27,60	(3)

Rémunération spécifique annuelle Médecin Traitant pour les patients en ALD : RMT (prévue à l'article 15.4.1 et à l'annexe 10 de la convention) Applicable jusqu'au 31/12/2017	40,00	40,00	40,00	(3)
Forfait pour le suivi des patients en suivi post ALD (RST) (prévue à l'article 15.4.1 et à l'annexe 10 de la présente convention) Applicable jusqu'au 31/12/2017	40,00	40,00	40,00	40,00
Forfait médecin traitant (FMT) du médecin traitant pour les patients hors ALD (prévue à l'article 15.4.1 et à l'annexe 10 de la convention) Applicable jusqu'au 31/12/2017	5,00	5,00	5,00	5,00
Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (prévue à l'article 15.4.1 et à l'article 28.5 de la convention)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés (prévue aux articles 16.2 et 28.2.1 et à l'annexe 11 de la convention)				**(3)**
Majoration de coordination spécialiste : MCS	3,00	3,00	3,00	(3)
Majoration de coordination pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS	4,00	4,00	4,00	(3)
Majoration de coordination cardiologues : MCC	3,27	3,27	3,27	3,27
Majoration forfaitaire transitoire (prévue à l'article 2 bis de la NGAP)				
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,00	2,00	2,00	2,00
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,70	2,70	2,70	2,70
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans (MPJ) réalisées par les médecins spécialistes dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	5,00	5,00	5,00	5,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans (MPJ) réalisées par les pédiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	5,00	5,00	5,00	5,00
MPC pour les consultations de patients de moins de 16 ans (MPJ) réalisées les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	6,70	6,70	6,70	6,70

Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M A [1] (NGAP titre XI, chapitre II)	150,00	150,00	150,00	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M G [2] (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveaux-nés (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	
Lettres clés :				
K (actes de chirurgie et de spécialité pratiqué par le médecin)	1,92	1,92	1,92	1,92
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
KMB : utilisée exclusivement par le médecin biologiste lorsqu'il réalise un prélèvement par ponction veineuse directe	2,52	2,52	2,52	2,52
Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Valeur de la majoration pour acte effectué un dimanche et de jour férié F [4]	19,06	19,06	19,06	19,06
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes				
Agglomération PLM [5]	5,34			
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49

[1] et mentionnée au 3ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.
[2] et mentionnée au 2ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(3) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.
(4) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifié.
(5) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

Les parties signataires conviennent d'harmoniser les conditions d'abattements des indemnités kilométriques conformément à la jurisprudence.

Article 2 Nouveaux tarifs applicables au 1er juillet 2017

Actes	Métropole (1)	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
CNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	39,00	46,80	46,80
VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	39,00	46,80	46,80
Majoration de coordination spécialiste : MCS (prévue à l'article 16.2 et 28.2.1 et à l'annexe 11 de la convention)	5,00	5,00	(1)
Majoration de coordination pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS (prévue à l'article 16.2 et 28.2.1 et à l'annexe 11 de la convention)	5,00	5,00	(1)
Consultation au cabinet : CS (prévue aux articles 2.1 et 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60
Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables (prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP)	1,5 CNPSY 55,50	1,5 CNPSY 66,60	1,5 CNPSY 66,60
Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie : CDE (prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20
Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	27,60	(3)
Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité : MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	27,60	(3)
CSC (cardiologie) (prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP et à l'article 28.3.4 de la convention)	47,73	54,73	54, 73

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

Le tarif différencié de la MPC pour les patients de moins de 16 ans supprimé à compter du 1er juillet 2017.

Article 3 Nouveaux tarifs applicables au 1er octobre 2017

Actes	Métropole (1)	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et aux articles 16.2 et 28.3.5 de la convention médicale)			
Avis ponctuel de consultant	48,00	57,60	(1)
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue	60,00	72,00	(1)
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier	69,00	82,80	(3)

Article 4 Nouveaux tarifs applicables au 1er novembre 2017

Actes	**Métropole** (1)	**Guadeloupe Martinique Guyane Réunion**	**Mayotte**
Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant : VL (prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)	60,00	72,00	(1)
Majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétent en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP)	16,00	16,00	16,00
Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation: MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP)	23,00	23,00	23,00
Majoration pour la consultation annuelle de synthèse avec la famille pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialiséepour le psychiatre et pédopsychiatre : MAF (prévue à l'article 14.4.4 II de la NGAP)	20,00	20,00	20,00
Majoration pour la consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an par le psychiatre et pédopsychiatre : MPF (prévue à l'article 14.4.4 I de la NGAP)	20,00	20,00	20,00

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

Article 5 Nouveau tarif applicable au 1er janvier 2018

Actes	Métropole (1)	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Majoration correspondant urgence : MCU (prévue aux articles 18.3 et 28.2.4 de la convention)	15,00	15,00	(1)

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

Article 6 Nouveau tarif applicable au 1er juin 2018

Actes	Métropole (1)	Guadeloupe Martinique Guyane Réunion	Mayotte
Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et aux articles 16.2 et 28.3.5 de la convention médicale)			
Avis ponctuel de consultant	50,00	60,00	(1)
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue	62,50	75,00	(1)

(1) Le parcours de soins ne s'applique pas à Mayotte.

Sous-Titre 3. Tarifs des forfaits techniques

Les modalités pratiques de facturation et de règlement du forfait technique dans le cadre de la procédure de dispense d'avance des frais et les modalités d'application des conditions d'exonération du ticket modérateur sont fixées par une convention conclue au niveau local.

Le forfait technique rémunère les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil (locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produit de contraste, frais de gestion, assurance et taxe professionnelle). La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur sept ans. Pour les matériels considérés comme amortis, soit installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel.

Pour chaque appareil, un registre chronologique doit être tenu, par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour chaque forfait technique pris en charge par l'assurance maladie :

- son numéro d'ordre (quand un acte autorise la facturation de deux forfaits techniques, deux numéros d'ordre consécutifs doivent être inscrits) ;
- la date de réalisation ;

- les nom et qualité du médecin l'ayant effectué ;
- les nom et prénom du patient ;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré ou, à défaut, la couverture sociale dont il bénéficie.

Pour les appareils autorisés à fonctionner et pour lesquels aucun tarif de forfait technique ne correspond à leur année d'installation, il convient d'appliquer le tarif du forfait technique le plus récent correspondant aux appareils de même classe, en respectant le seuil d'activité de référence correspondant à la région où l'appareil est installé et à la classe de l'appareil.

Article 1 Scanographie

Tarifs des forfaits techniques des scanners

TYPE D'APPAREILS	FORFAIT Plein	*FORFAIT réduit selon les tranches d'activité*		
	Activité ≤ activité de référence	Activité > activité de référence et ≤ Seuil 1	Activité > Seuil 1 et ≤ Seuil 2	*Activité > Seuil 2*
Amortis (1), toutes classes	70,38 €	58,72 €	41,88 €	*29,63 €*
Non amortis, toutes classes	99,51 €			
(1) Sont considérés comme amortis les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.				

(1) Scanographie : Seuil 1 = 11 000 forfaits ; Seuil 2 = 13 000 forfaits

Article 2 Imagerie par résonance magnétique

Tarifs des Forfaits Techniques des IRM au 1er janvier 2015 (2)

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T dédié aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence *(nombre de forfaits)*	3 500	4 000	4 000	4 500	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)							
Paris	124,62 €				72,64 €	85,68 €	154,26 €
Région parisienne hors Paris	120,94 €				72,17 €	84,64 €	147,80 €
Province	119,68 €				72,01 €	84,28 €	138,76 €
NON AMORTIS, forfaits pleins							
Paris	125,15 €	122,44 €	207,78 €	186,46 €	108,00 €	125,00 €	218,69 €
Région parisienne hors Paris	121,53 €	117,92 €	200,97 €	180,66 €	107,54 €	123,96 €	211,88 €
Province	115,83 €	112,95 €	194,16 €	173,11 €	107,37 €	123,60 €	203,02 €
FORFAIT REDUIT selon les tranches d'activité							
Activité > Activité Référence et = seuil 1	74,16 €				46,67 €	48,88 €	74,16 €
Activité > seuil 1 et = seuil 2	52,54 €				38,73 €	40,74 €	61,81 €
Activité > seuil 2	26,11 €				24,20 €	25,46 €	38,63 €

(1) Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.
(2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire.
(3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou 1,5 T déjà installé, sur le même site géographique ou en "adossement fonctionnel" selon les dispositions de l'Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en 2010-2012.

(2) IRM : seuil 1 = 8 000 forfaits techniques ; seuil 2 = 11 000 forfaits techniques

Article 3 Tomographes à émission de positons (TEP)

Les forfaits techniques couvrent les coûts de fonctionnement de l'appareil et la fourniture du médicament radio-pharmaceutique.

CLASSE D'APPAREIL	TEP (1) Classe 1	TEP-TDM (2) Classe 2
Activité de référence annuelle	**1 000 actes**	
Forfait technique plein	**950 €**	**1 000 €**
Forfait technique réduit	**550 €**	**550 €**

(1) Tomographe à émission de positons non couplé à un scanner.
(2) Tomographe à émission de positons couplé à un scanner.

ANNEXE 2. TARIFS DES ACTES DE LA CCAM ET INSTANCES

Article 1 La commission de hiérarchisation des prestations et actes

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, une commission de hiérarchisation des actes et prestations est mise en place.

Article 1.1 Composition de la commission

Cette commission est composée de deux collèges :

- Le collège professionnel :

Il est composé de 2 représentants pour chaque syndicat représentatif, pour le collège des généralistes d'une part, et pour le collège des spécialistes d'autre part, avec pour chacun d'entre eux un titulaire et un suppléant.

- Le collège de l'UNCAM :

Il comprend des membres issus des 3 régimes composant l'UNCAM, chacun disposant de 2 voix. Le nombre de membre est arrêté de manière à assurer la parité entre les deux collèges. Pour chacun des membres, un suppléant est désigné.

Un président est désigné d'un commun accord par les membres de la commission.

Assistent également aux travaux de la commission :
- Un représentant de l'Etat ou son suppléant ;
- Un représentant de l'ATIH et un représentant de la DGOS ;
- Un représentant de la Haute autorité de santé.

Le secrétariat de cette commission est assuré par l'UNCAM.

Article 1.2 Rôle de la commission

Cette commission a pour objet de définir les règles de hiérarchisation des prestations et des actes pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie et de valider la hiérarchisation qui en résulte.

Elle peut faire appel, en tant que de besoin, à des experts des sociétés savantes ou des experts économistes.

La Commission adopte un règlement intérieur.

Article 1.3 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 13C par séance et une indemnité de déplacement.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

Article 2 Observatoire de la Classification commune des actes médicaux

Un observatoire est chargé d'étudier les pratiques médicales. Il réalise dans ce cadre un suivi des actes et prestations, en particulier ceux nouvellement inscrits, des typologies d'activités de professionnels de santé, des études de parcours de soins en vue notamment de veiller au respect du bon usage des soins et de la qualité de la pratique.

Il est composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM et par les syndicats représentatifs.

Les experts désignés par les syndicats représentatifs perçoivent une indemnisation de 13C par séance et une indemnité de déplacement.

Article 3 Tarifs de la CCAM technique

Les partenaires conventionnels actent les tarifs des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) technique définis dans les conventions nationales des médecins généralistes et spécialistes applicables antérieurement à la précédente convention et dans la présente convention. Ces tarifs figurent en Annexe 26. N'ont pas vocation à figurer dans cette liste les tarifs des actes définis consécutivement aux décisions UNCAM portant création ou modification d'actes à la CCAM en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Le facteur de conversion monétaire (FC) est fixé à 0.44 €.

ANNEXE 3. CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE A L'INSTALLATION DES MEDECINS (CAIM) DANS LES ZONES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation des médecins (CAIM) en zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 4 et à l'Annexe 3 de la convention médicale approuvée par arrêté du XXXXXX.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé .]*

Il est conclu entre, d'une part la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

l'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :
Nom, Prénom
Spécialité :
inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins.

Article 1 Champ du contrat d'installation

Article 1.1 Objet du contrat d'installation

Ce contrat vise à favoriser l'installation et le maintien des médecins dans les *[zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* par la mise en place d'une aide forfaitaire versée au moment de l'installation du médecin dans les zones précitées pour l'accompagner dans cette période de fort investissement généré par le début d'activité en exercice libéral (locaux, équipements, charges diverses, etc.).

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat d'installation

Le présent contrat est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- qui s'installent en exercice libéral dans une *[zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définie conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* définie par l'agence régionale de santé,
- exerçant une activité libérale conventionnée dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention,
- exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique,
- ou appartenant à une communauté territoriale professionnelle de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique,
- ou appartenant à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'agence régionale de santé,
- s'engageant à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire, tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.
- s'engageant à proposer aux patients du territoire une offre de soins d'au moins deux jours et demi par semaine au titre de l'activité libérale dans la zone.

Le médecin ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation médecin.

Le médecin ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat de transition (COTRAM) défini à l'article 5 de la convention médicale ou un contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM) défini à l'article 6 de la convention médicale.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans un contrat type régional.

Les médecins, ayant un projet d'installation dans les zones identifiées par l'ARS comme particulièrement déficitaires en médecin au sein des zones

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*

- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*

peuvent rencontrer des difficultés pour débuter leur activité libérale au sein d'un groupe ou pour intégrer un projet de santé dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé ou d'une équipe de soins primaires.

Dans ce cadre, l'Agence Régionale de Santé peut, dans le contrat type régional arrêté par chaque agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de sécurité sociale, ouvrir le contrat aux médecins s'installant dans les zones précitées ne remplissant pas, au moment de l'installation, les conditions d'éligibilité au contrat.

Les médecins concernés s'engagent à remplir les conditions d'éligibilité, à savoir
- exercice en groupe,
- ou appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé définie à l'article L. L.1434-12 du code de la santé publique,
- ou appartenance à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique.

dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat.

Cette dérogation bénéficie au maximum à 20 % des installations éligibles dans la région au sens du présent article.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat d'installation

Article 2.1 Engagements du médecin

Le médecin s'engage :

- à exercer en libéral son activité au sein d'un groupe, d'une communauté professionnelle territoriale de santé, d'une équipe de soins, au sein de la zone définie à l'article 1 du contrat pendant une durée de cinq années consécutives à compter de la date d'adhésion au contrat,

- à proposer aux patients du territoire une offre de soins d'au moins deux jours et demi par semaine au titre de son activité libérale dans la zone,

- à participer au dispositif de permanence des soins ambulatoire, tel qu'il est organisé sur le territoire, sauf dérogation accordée par le Conseil de l'Ordre des médecins.

Engagement optionnel
Le médecin s'engage à réaliser une partie de son activité libérale au sein des hôpitaux de proximité définis à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie des engagements du médecin définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'installation d'un montant de 50 000 euros pour une activité de quatre jours par semaine. Pour le médecin exerçant entre deux jours et demi et quatre jours par semaine à titre libéral dans la zone, le montant est proratisé sur la base de 100% pour quatre jours par semaine (31 250 euros pour deux jours et demi, 37 500 euros pour trois jours et 43 750 pour trois jours et demi par semaine).
Cette aide est versée en deux fois :
- 50% versé à la signature du contrat,
- le solde de 50% versé à la date du premier anniversaire du contrat.

Si le médecin s'est engagé à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, l'assurance maladie s'engage à verser une majoration d'un montant de 2 500 euros de ce forfait.

La somme correspondant à cette majoration est versée sur transmission par le médecin de la copie du contrat d'activité libérale dans un hôpital de proximité dans les conditions suivantes :
- 1 250 euros versés à la signature du contrat,
- 1 250 euros versés à la date du premier anniversaire du contrat.

Modulation régionale par l'Agence Régionale de Santé du montant de l'aide à l'installation dans certains zones identifiées comme particulièrement fragile.

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire pour les médecins adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecin parmi les zones
- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*.

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire prévue au présent article (hors majoration liée à l'engagement optionnel sur l'activité dans les hôpitaux de proximité). Cette dérogation de l'aide forfaitaire bénéficie au maximum à 20% des installations éligibles dans la région au sens de l'article 1.2.

Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration de la rémunération forfaitaire, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat d'installation

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

ANNEXE 8.

ANNEXE 9.

Article 4 Résiliation du contrat d'installation

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation et de la majoration pour l'activité au sein des hôpitaux de proximité, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (départ de la zone ou médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide à l'installation et de la majoration pour l'activité au sein des hôpitaux de proximité, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation notifiée par la caisse.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

ANNEXE 10.

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du médecin adhérant de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin
Nom Prénom

La caisse d’assurance maladie
Nom Prénom

L’agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE 4. CONTRAT TYPE NATIONAL DE TRANSITION POUR LES MEDECINS (COTRAM)

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional de transition des médecins (COTRAM) pour soutenir les médecins installés au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 5 et à l'Annexe 4 de la convention médicale.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique).]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).]*

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Région :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Département :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :
Nom, Prénom
Spécialité :
inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
adresse professionnelle :

un contrat de transition pour les médecins (COTRAM) pour soutenir les médecins installés au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Article 1 Champ du contrat de transition

ANNEXE 11.

Article 1.1 Objet du contrat de transition

ANNEXE 12.

Ce contrat vise à soutenir les médecins installés aux sein des *[zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* et définies par l'agence régionale de santé préparant leur cessation d'exercice et prêts à accompagner pendant cette période de fin d'activité un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

L'objet est de valoriser les médecins qui s'engagent à accompagner leurs confrères nouvellement installés au sein de leur cabinet, lesquels seront amenés à prendre leur succession à moyen terme.

Cet accompagnement se traduit notamment par un soutien dans l'organisation et la gestion du cabinet médical, la connaissance de l'organisation des soins sur le territoire, et l'appui à la prise en charge des patients en fonction des besoins du médecin.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de transition

Le présent contrat est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- installés dans une des *[zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique définies par l'agence régionale de santé et caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*.
- exerçant une activité libérale conventionnée,
- âgés de 60 ans et plus,
- accueillant au sein de leur cabinet (en tant qu'associé, collaborateur libéral…) un médecin qui s'installe dans la zone précitée (ou un médecin nouvellement installé dans la zone depuis moins de un an) âgé de moins de 50 ans et exerçant en exercice libéral conventionné

Un médecin ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Un médecin ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat d'aide à l'installation médecin (CAIM) défini à l'article 4 de la convention médicale ou un contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM) défini à l'article 6 de la convention médicale.

Un médecin adhérant à l'option démographie telle que définie dans la convention médicale issue de l'arrêté du 22 septembre 2011 et reprise à l'annexe 7 de la convention médicale

signée le 25 août 2016 peut signer le présent contrat lorsque son adhésion à l'option démographie est arrivée à échéance.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat de transition

Article 2.1 Engagement du médecin
ANNEXE 13.

Le médecin s'engage à accompagner son confrère nouvel installé dans son cabinet pendant une durée de trois ans dans toutes les démarches liées à l'installation en exercice libéral, à la gestion du cabinet et à la prise en charge des patients en fonction des besoins de ce dernier.
Le médecin s'engage à informer la caisse d'assurance maladie et l'agence régionale de santé en cas de cessation de son activité et/ou en cas de départ du cabinet de son confrère nouvel installé.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé
ANNEXE 14.

En contrepartie des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'activité correspondant à 10 % des honoraires tirés de son activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.
Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarifs opposables par le médecin.
Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le courant du second trimestre de l'année civile suivant l'année de référence.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide à l'activité dans certains zones identifiées comme particulièrement fragiles.

L'ARS peut accorder une majoration de l'aide à l'activité pour les médecins adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecin parmi les zones

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].*

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide à l'activité prévue dans le présent article. Cette dérogation bénéficie au maximum à 20% des médecins éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.

Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration de l'aide à l'activité, le niveau de l'aide à l'activité tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat de transition

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature.
Le contrat peut faire l'objet d'un renouvellement pour une durée maximale de trois ans en cas de prolongation de l'activité du médecin adhérant au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité du médecin bénéficiaire.

Article 4 Résiliation du contrat de transition

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.
Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou n'effectuant plus l'accompagnement dans les conditions définies à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du médecin adhérant de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin
Nom Prénom

La caisse d’assurance maladie
Nom Prénom

L’agence régionale de santé
Nom Prénom

ANNEXE 5. CONTRAT TYPE NATIONAL DE STABILISATION ET DE COORDINATION MEDECIN (COSCOM) POUR LES MEDECINS INSTALLES DANS LES ZONES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régional de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM) pour les médecins installés dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 6 et à l'Annexe 5 de la convention médicale.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régional de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique).]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régional de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé .]*
- Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Région :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Département :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :
Nom, Prénom
spécialité :
inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
adresse professionnelle :,

un contrat de stabilisation et de coordination médecin (COSCOM) pour les médecins installés en zone sous-dotée.

Article 1 Champ du contrat de stabilisation et de coordination

Article 1.1 Objet du contrat

L'objet du contrat est de valoriser la pratique des médecins exerçant dans les zones

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*

qui s'inscrivent dans une démarche de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire, soit par un exercice regroupé, soit en appartenant à une communauté professionnelle territoriale de santé ou à une équipe de soins primaires telles que définies aux articles L. 1434-12 et L.1411-11-1 du code de santé publique.

Le contrat vise également à valoriser :

- la réalisation d'une partie de l'activité libérale au sein des hôpitaux de proximité définis à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code précité,
- l'activité de formation au sein des cabinets libéraux situés dans les zones précitées par l'accueil d'étudiants en médecine dans le cadre de la réalisation d'un stage ambulatoire afin de favoriser de futures installations en exercice libéral dans ces zones.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de stabilisation et de coordination

Le contrat de stabilisation et de coordination est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- médecins installés dans une des zones
  - *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*
  - *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* définies par l'agence régionale de santé.

- médecins exerçant une activité libérale conventionnée,
- médecins :
  - exerçant au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel, quelle que soit sa forme juridique,
  - ou appartenant à une communauté territoriale professionnelle de santé telle que définie à l'article L.1434-12 du code de la santé publique,
  - ou appartenant à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'agence régionale de santé.

Un médecin ne peut signer simultanément le présent contrat et un contrat d'aide à l'installation (CAIM) défini à l'article 4 de la convention médicale ou un contrat de transition (COTRAM) défini à l'article 5 de la convention médicale.

Un médecin adhérant à l'option démographie telle que définie dans la convention médicale issue de l'arrêté du 22 septembre 2011 et reprise à l'annexe 7 de la convention médicale signée le 25 août 2016 peut signer le présent contrat uniquement lorsque son adhésion à l'option démographie est arrivée à échéance.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat de stabilisation et de coordination

Article 2.1 Engagements du médecin

Le médecin s'engage à exercer en libéral son activité en groupe ou à appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique, au sein de la [*zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique*] *[zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion.

Engagements optionnels

Le médecin s'engage, à titre optionnel, à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité tel que défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article L. 6146-2 du code de la santé publique.

Dans ce cas, il s'engage à transmettre à sa caisse d'assurance maladie la copie du contrat d'activité libérale dans un hôpital de proximité.

Le médecin s'engage, à titre optionnel, à exercer les fonctions de maitre de stage universitaire prévues au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique et à accueillir en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Dans ce cas, il s'engage à transmettre à sa caisse d'assurance maladie la copie des notifications de rémunérations perçues au titre de l'accueil de stagiaires et versées par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche afin de permettre à celle-ci d'apprécier l'atteinte de l'engagement souscrit.

Modulation possible par l'Agence Régionale de Santé dans le contrat type régional

L'Agence Régionale de Santé peut ouvrir le contrat type régional aux stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour les internes, après appréciation des éventuelles aides financières existantes sur son territoire visant à favoriser cette activité de maitre de stage.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1. du présent contrat, le médecin adhérant au présent contrat bénéficie d'une rémunération forfaitaire de 5 000 euros par an.

Si le médecin s'est engagé à réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité défini à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, l'assurance maladie s'engage à verser une majoration d'un montant de 1 250 euros par an de la rémunération forfaitaire précitée. La somme correspondant à cette majoration est versée, sur transmission par le médecin de la copie du contrat d'activité libérale dans un hôpital de proximité.

Le médecin adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire de 300 euros par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (correspondant à 50 % de la rémunération attribuée par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche pour l'exercice des fonctions de maitre de stage universitaire) s'il a accueilli des étudiants en médecine réalisant un stage ambulatoire dans les conditions définies à l'article 2.1 du présent contrat. Cette rémunération complémentaire est proratisée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, les rémunérations versées sont proratisées sur la base du taux d'activité réalisée à tarifs opposables par le médecin.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivante.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder aux médecins adhérant au présent contrat installés dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les {zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé] une majoration :

- des rémunérations forfaitaires fixées dans le présent article pour l'exercice regroupé ou coordonné,
- de la majoration forfaitaire pour l'exercice libérale au sein d'un hôpital de proximité,
- de la rémunération complémentaire pour l'accueil d'étudiants en médecine en stage ambulatoire,

Ces majorations ne peuvent pas excéder de 20% le montant des rémunérations prévues dans le présent article.
Cette dérogation ne bénéficie au maximum à 20% des médecins éligibles dans la région à ce type d'aide démographique.
Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration des rémunérations dans les conditions définies ci-dessus, le niveau des rémunérations tenant compte de la ou des majoration(s) est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat de stabilisation et de coordination

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4 Résiliation du contrat de stabilisation et de coordination

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.
Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du médecin adhérant de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin
Nom Prénom

La caisse d’assurance maladie
Nom Prénom
L’agence régionale de santé

Nom Prénom

ANNEXE 6. CONTRAT TYPE NATIONAL DE SOLIDARITE TERRITORIALE MEDECIN (CSTM) EN FAVEUR DES MEDECINS S'ENGAGEANT A REALISER UNE PARTIE DE LEUR ACTIVITE DANS LES ZONES SOUS DOTEES

- Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4;
- Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-4 ;
- Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes
- Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional solidarité territoriale médecin (CSTM) en faveur des médecins s'engageant à réaliser une partie de leur activité dans les zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés dans l'accès aux soins pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 7 et à l'Annexe 6 de la convention médicale.
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou par des difficultés d'accès aux soins prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique).]*
- *[Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA (relatif à la définition des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé .]*

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Région :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence Régionale de Santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Département :
Adresse :
représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le médecin :
Nom, Prénom
spécialité :
inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
numéro RPPS :
numéro AM :
adresse professionnelle :,

un contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) relatif à l'engagement de réaliser une partie de l'activité au sein de zones sous-dotées.

Article 1 Champ du contrat de solidarité territoriale

Article 1.1 Objet du contrat de solidarité territoriale

Ce contrat vise à inciter les médecins n'exerçant pas dans une [*zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* à consacrer une partie de leur activité médicale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant dans les zones précitées.

Article 1.2 Bénéficiaires du contrat de solidarité territoriale

Le présent contrat est réservé aux médecins remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- médecins libéraux n'exerçant pas dans une des *[zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* définies par L'agence régionale de santé,
- médecins exerçant une activité libérale conventionnée
- médecins s'engageant à exercer au minimum 10 jours par an dans les *[zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* définies par l'agence régionale de santé,

Un médecin ne peut signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou avec deux caisses différentes.

Article 2 Engagements des parties dans le contrat de solidarité territoriale

Article 2.1 Engagements du médecin

Le médecin s'engage à exercer en libéral au minimum 10 jours par an son activité au sein d'une *[zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]*.

Le médecin s'engage à facturer l'activité qu'il réalise au sein des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins dans le cadre du présent contrat sous le numéro de facturant (numéro AM) qui lui a été attribué spécifiquement pour cette activité.

Article 2.2 Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1, l'assurance maladie s'engage à verser au médecin une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires) réalisés dans le cadre du présent contrat (et donc facturée sous le numéro AM spécifique réservé à cette activité) au sein des *[zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique] [zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé]* dans la limite d'un plafond de 20 000 euros par an.

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide à l'activité est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarifs opposables par le médecin dans la zone.

Cette aide à l'activité est calculée au regard des honoraires facturés par le médecin sous le ou les numéros de facturant qui lui a (ont) été attribué(s) spécifiquement pour cette activité au sein des zones précitées dans le cadre du présent contrat.

Le médecin adhérent bénéficie également d'une prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones précitées dans le cadre du présent contrat. Cette prise en charge est réalisée selon les modalités prévues pour les conseillers des caisses d'assurance maladie dans le cadre des instances paritaires conventionnelles.

Le montant dû au médecin est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata temporis de la date d'adhésion du médecin au contrat. Le versement des sommes dues est effectué dans le second trimestre de l'année civile suivant celle de référence.

Modulation régionale par l'agence régionale de santé

L'Agence Régionale de Santé peut accorder une aide à l'activité bonifiée pour les médecins adhérant au présent contrat et réalisant une partie de leur activité dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en médecins parmi les zones :

- *[caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique]*
- *[où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé].*

Cette majoration ne peut excéder 20% du montant de l'aide à l'activité défini au présent article. Pour les médecins faisant l'objet d'une majoration de l'aide à l'activité, le niveau de l'aide à l'activité tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

Article 3 Durée du contrat de solidarité territoriale

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 4 Résiliation du contrat de solidarité territoriale

Article 4.1 Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut décider de résilier son adhésion au contrat avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation.
Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 4.2 Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie et de l'agence régionale de santé

Dans le cas où le médecin ne respecte pas ses engagements contractuels (médecin ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1), la caisse l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les éléments constatés et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.
Dans ce cas, le calcul des sommes dues au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette résiliation est effectuée au prorata temporis de la durée effective du contrat au cours de ladite année.

Article 5 Conséquence d'une modification des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins

En cas de modification par l'ARS des zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins et par des difficultés d'accès aux soins prévus au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entrainant la sortie du lieu d'exercice du médecin de la liste des zones précitées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par le médecin.

Le médecin
Nom Prénom

La caisse d’assurance maladie

Nom Prénom

L’agence régionale de santé
Nom Prénom

ANNEXE 7. OPTION DEMOGRAPHIE - DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la présente convention, les options démographies souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent jusqu'à leur terme selon les dispositions reprises dans la présente annexe.
A compter de l'entrée en vigueur de la présente convention, il est mis fin à la possibilité d'adhérer à l'option démographie issue de la convention de 2011 précitée.

Sous-Titre 1. Mesures en faveur de l'amélioration de la répartition des professionnels de santé sur le territoire

Article 1 Objet et champ de l'option démographie

Médecins concernés
L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé, dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré au contrat d'accès aux soins tel que défini aux articles 46, 56 et à l'annexe 17 de la présente convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables pour les patients situés en zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, s'installant ou installés dans ces zones définies conformément au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin
En adhérant à l'option, le praticien s'engage à ne pas cesser son activité, hors circonstances exceptionnelles validées par la commission paritaire régionale (CPR), ni à changer son lieu d'exercice pendant une durée de trois années consécutives à compter de la date d'adhésion. Les modalités d'adhésion de même que les conditions de résiliation notamment pour cause indépendante de la volonté du médecin sont définies aux articles 3 et 6 de la présente annexe.

Condition d'exercice en groupe ou en pôle de santé
Pour bénéficier de l'option, les médecins doivent exercer au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 du code de la santé publique. Ils transmettent à leur caisse de rattachement les documents attestant de leur participation à un groupe ou à un pôle de santé.
Les médecins ayant un exercice isolé et qui ne participent pas à un pôle de santé ne sont pas éligibles à cette option.

Condition d'activité
Pour adhérer, le médecin doit justifier d'une activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans la zone concernée et être installé dans la dite zone ou à proximité immédiate.
Dans le cas où le médecin est installé dans une zone mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 1434-7 précité dont l'unité territoriale, au sens de l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques, est inférieure au bassin de vie, il doit justifier d'une

activité réalisée au 2/3 auprès de patients résidant dans le bassin de vie comprenant cette zone..

Engagement sur la continuité et la permanence des soins

En contrepartie des aides qui lui sont allouées, et dans l'objectif d'améliorer l'accès aux soins pour la population de la zone, le professionnel adhérent s'engage à :

- faire appel à des remplaçants ou s'organiser avec un autre praticien du groupe ou du pôle de santé, pour répondre aux besoins de soins de la patientèle ;
- permettre la réalisation de vacations, au sein du cabinet, de médecins spécialistes ou d'auxiliaires médicaux ;
- participer à la permanence des soins dans le cadre de l'organisation régionale, conformément aux textes réglementaires.

Article 2 Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Les médecins adhérant à l'option démographie bénéficient en contrepartie d'une aide à l'investissement et d'une aide à l'activité, dans les conditions définies aux articles 7 et 8 de la présente annexe.

Sous-Titre 2. Option Démographie

Article 3 Modalités d'adhésion

Le médecin installé dans une zone où les besoins en implantations de professionnels de santé ne sont pas satisfaits ou à proximité immédiate, à savoir 5km en zone rurale et 2km en zone urbaine, peut adhérer à l'option démographie dès lors qu'il exerce au sein d'un groupe formé entre médecins ou d'un groupe pluridisciplinaire, quelle que soit sa forme juridique, ou dans le cadre d'un pôle de santé tel que défini à l'article L. 6323-4 du code de la santé publique.

L'adhésion à l'option est individuelle ; le cas échéant chaque médecin exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé donné doit accomplir à titre personnel les formalités d'adhésion à l'option.

Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire remis par l'assurance maladie qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le médecin joint à l'acte d'adhésion un document attestant qu'il exerce dans des conditions répondant aux exigences sur l'exercice au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé.

Sans réponse de la caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Article 4 Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans.

Article 5 Rupture d'adhésion pour non-respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option démographie par lettre recommandée avec accusé de réception.
Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 6 Résiliation de son adhésion par le médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.
Toutefois, dans le cas où cette résiliation intervient pour un motif indépendant de la volonté du médecin (ex : décès d'un conjoint, mutation du conjoint,…), un examen au cas par cas est effectué par la caisse qui soumet le dossier pour avis à la commission paritaire régionale. Le cas échéant, si ces motifs justifient la résiliation, aucune action en récupération des sommes précédemment versées n'est engagée et le médecin peut bénéficier des avantages ouverts par l'option pour l'année en cours jusqu'à la date de rupture d'adhésion.

Article 7 Aide à l'investissement

Cet avantage a pour objectif d'aider les praticiens libéraux qui souhaitent s'installer dans les zones concernées à disposer d'un apport initial à l'investissement.
L'aide à l'investissement est versée sous la forme d'un forfait annuel versé pendant trois ans à compter de l'adhésion à l'option.
Son montant est de 5 000 € par an pour les professionnels exerçant au sein d'un groupe.
Son montant est de 2 500 € pour les professionnels membres d'un pôle de santé.

Article 8 Aide à l'activité

Cette aide est proportionnée à l'activité du professionnel de santé dans la zone, dans la limite d'un plafond.
Pour le praticien adhérant exerçant au sein d'un groupe, elle représente 10 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €.
Pour le praticien adhérent membre d'un pôle de santé, elle représente 5 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 10 000 €.
Son montant est calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant au prorata de la date d'entrée du praticien dans l'option.

Article 9 Modalités de versement des aides

Le versement des deux volets de l'aide décrits aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans la présente annexe par le praticien adhérent.

Le versement de l'aide est réalisé en principe individuellement à chaque médecin ayant adhéré à l'option démographie et exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé.

Toutefois, si les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'un pôle de santé et ayant adhéré à l'option en font la demande à leur caisse de rattachement, le versement peut être réalisé globalement à la structure sous réserve que le statut juridique de cette dernière le permette. La répartition du montant de l'aide s'effectue selon les conditions définies par les membres du groupe ou du pôle de santé et sous leur entière responsabilité.

ANNEXE 8. OPTION SANTE SOLIDARITE TERRITORIALE – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Conformément aux dispositions de l'article 8 de la présente convention, les options santé solidarité territoriale souscrites dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011, en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention s'appliquent selon les dispositions figurant dans la présente annexe jusqu'à l'adoption par le directeur général de l'agence régionale de santé du contrat type régional de solidarité territoriale.
A compter de la publication de ce contrat type régional de solidarité territoriale médecin, il est mis fin aux options santé solidarité territoriale en cours. Il est proposé aux médecins concernés de souscrire au nouveau contrat de solidarité territoriale défini à l'article 7 de la présente convention.
A compter de l'entrée en vigueur de la présente convention, il est mis fin à la possibilité d'adhérer à l'option santé solidarité territoriale issue de la convention de 2011 précitée.

Sous-Titre 1. Mesures relatives à l'apport complémentaire de temps médical dans les zones sous dotées en offre de soins

Article 1 Objet et champ de l'option santé solidarité territoriale

Les partenaires conventionnels, conscients de la nécessité d'intervenir dans les zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits, conviennent d'inciter les médecins à la solidarité géographique par la mise en place d'une nouvelle option conventionnelle.
A cet effet, ils s'accordent pour adopter un nouveau dispositif dans la continuité de l'option visée à l'article premier en proposant aux médecins volontaires de souscrire à une nouvelle option conventionnelle.

Médecins concernés

L'option est proposée aux médecins libéraux conventionnés exerçant dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré au contrat d'accès aux soins tel que défini à l'annexe 17 de la présente convention, ou acceptant d'appliquer exclusivement les tarifs opposables dans le cadre de cette activité spécifique et n'exerçant pas dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits et souhaitant y assurer des consultations.

Conditions générales d'adhésion et engagements du médecin

En adhérant à l'option le médecin s'engage à exercer au minimum 28 jours par an dans une des zones où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits. La durée de l'engagement du médecin à cette option est de 3 ans à compter de sa date d'adhésion.
Les modalités d'adhésion de même que les conditions de résiliation notamment pour cause indépendante de la volonté du médecin sont définies au sous-titre 2 de la présente annexe.

Article 2 Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Les médecins adhérant à la présente option bénéficient d'une rémunération complémentaire et d'une prise en charge des frais de déplacement définie à l'article 7 de la présente annexe.

Sous-Titre 2. Option santé solidarité territoriale

Article 3 Modalité d'adhésion

L'adhésion à l'option est individuelle. Le médecin formalise son adhésion par le biais d'un formulaire mis à sa disposition par l'Assurance Maladie qu'il adresse à la Caisse Primaire d'Assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception.
Le médecin joint à l'acte d'adhésion un document précisant les conditions dans lesquelles il exerce au sein de la zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits afin de permettre son enregistrement par la caisse.
Sans réponse de la Caisse dans un délai de 2 mois suivant la réception du formulaire, l'adhésion est réputée acquise.

Article 4 Durée d'adhésion

L'adhésion est valable à compter de la date d'enregistrement par la Caisse de l'acte d'adhésion, pour une durée de trois ans.

Article 5 Rupture d'adhésion pour non-respect des engagements

Si la caisse constate le non-respect de tout ou partie de ses engagements par le médecin, elle l'en informe par lettre recommandée avec accusé de réception lui détaillant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.
Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option démographie par lettre recommandée avec accusé de réception.
Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle la résiliation est prononcée. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 6 Résiliation de son adhésion par le médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de mettre fin à son adhésion à l'option. Il en informe la Caisse par lettre recommandée avec accusé de réception. La décision du médecin prend effet dès réception par la caisse de ce courrier. Le médecin ne peut alors percevoir aucun des avantages conférés par l'option au titre de l'année au cours de laquelle il rompt son adhésion. En outre, une action en récupération des sommes indûment versées peut éventuellement être mise en œuvre au titre des avantages conférés les années précédentes à la résiliation de l'adhésion.

Article 7 Avantages conférés par l'adhésion à l'option

Sous réserve du respect de ses engagements définis à l'article 1 de la présente annexe, le médecin adhérant à la présente option bénéficie d'une rémunération complémentaire

correspond à 10 % de son activité (C + V) dans la zone dans la limite d'un plafond fixé à 20 000 €, ainsi que des frais de déplacement.
Cette rémunération prend en compte les investissements éventuellement réalisés.

Article 8 Modalités de versement de l'aide

Le versement de l'aide décrite aux paragraphes précédents intervient dans le courant du second trimestre de l'année civile suivante, sous réserve du respect des engagements définis dans le présent chapitre par le praticien adhérent.
Le versement de l'aide est réalisé sur le compte du médecin ayant adhéré à l'option santé solidarité territoriale.

ANNEXE 9. MAJORATIONS D'ACTES SPECIFIQUES A LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Les majorations d'actes spécifiques applicables aux actes réalisés par les médecins libéraux dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins ambulatoires prévues à l'article 10 de la présente convention sont les suivantes :

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 heures à 0 heures et de 6 heures à 8 heures……	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit de 0 heure à 6 heures ……..	59,50 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés…….	30,00 €	26,50 €
Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié ……...	30,00 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables, à titre exceptionnel, par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.
Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin de garde intervient sur appel du régulateur dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées ou au domicile d'un patient pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.
Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements – à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la nomenclature générale des actes professionnels –, définies dans l'annexe tarifaire de la présente convention.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation, définies réglementairement, dans la même plage horaire.
Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et à la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

ANNEXE 10. REMUNERATIONS FORFAITAIRES MEDECINS – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Conformément aux dispositions de l'article 15.4.1, les forfaits définis dans la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 sont maintenus, de manière transitoire, au titre des années 2016 et 2017 dans les conditions définies dans la présente annexe.

Article 1 Rémunération forfaitaire du médecin traitant

Article 1.1 Forfait pour le suivi des patients souffrant d'affections de longue durée (RMT) et les patients en post-ALD (RST)

Le médecin traitant rédige pour son patient, et conjointement avec le médecin conseil, le protocole de soins initial pour permettre la demande d'ouverture du droit conformément aux dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. Le médecin traitant prend en considération dans ce cadre, l'état de santé du patient et les données acquises de la science, notamment les avancées thérapeutiques, et il s'appuie, le cas échéant, sur les recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. A tout moment, le médecin traitant peut, sur son initiative, actualiser ce protocole de soins en raison de l'évolution de l'état du malade ou des avancées thérapeutiques.

Pour ses patients atteints d'une affection de longue durée qui l'ont choisi en tant que tel, le médecin traitant bénéficie d'une rémunération spécifique RMT (Rémunération Médecin Traitant) afin de prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée. Cette rémunération intègre également la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant.

Le montant de cette rémunération RMT est de 40 euros par an et par patient atteint d'une affection de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L 160-14 du code de la sécurité sociale.

Le paiement de cette rémunération spécifique au médecin s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent, et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement. La rémunération est versée dans les 45 jours qui suivent la fin du trimestre concerné. En cas d'incident de paiement, la Caisse prévient les praticiens dès qu'elle a connaissance de l'incident et au plus tard à la date limite de règlement. Cette information indique un délai de règlement prévisionnel. Dans le cas où la Caisse n'est pas en mesure d'assurer le paiement des forfaits à la date prévue et sauf les cas de force majeure, le praticien peut demander le versement d'une avance dont le montant est calculé sur la base de 80% du montant versé pour la même période l'année précédente. Cette avance est versée dans 15 jours qui suivent la demande.

Le médecin traitant bénéficie d'une rémunération spécifique identique au RMT (RST) pour le suivi de ses patients qui ne relèvent plus d'une ALD mais qui se trouvent dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.160-14 10° du code de la sécurité sociale.

Article 1.2 Forfait pour le suivi des patients hors ALD (FMT)

Le médecin traitant assurant la prise en charge de patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur et ne se trouvant pas dans une situation clinique répondant aux dispositions de l'article L.160-14 10° du code de la sécurité sociale reçoit une rémunération forfaitaire annuelle intitulée forfait médecin traitant (FMT) pour contribuer à l'amélioration de la prévention et du suivi de ces patients, en lien avec l'élaboration du volet médical de synthèse.

Cette rémunération ne peut être perçue que par les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et par les praticiens ayant adhéré au contrat d'accès aux soins tel que défini dans la convention approuvé par arrêté du 22 septembre 2011 et repris dans l'annexe 17 de la présente convention ou aux options pratique tarifaire maitrisée définies aux articles 40 et suivants de la présente convention.

Le montant de cette rémunération spécifique forfaitaire annuelle (FMT) par patient est de 5 euros.

Afin de ne pas pénaliser le médecin nouvellement installé, ce forfait médecin traitant (FMT) est versé, au titre de la première année d'installation en libéral, pour chacun des patients l'ayant choisi comme médecin traitant.

Article 2 Majoration personnes âgées (MPA)

Les partenaires conventionnels souhaitent améliorer la prise en charge des patients âgés de 80 ans et plus, pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité du suivi des traitements en veillant notamment à la prévention de la iatrogénie médicamenteuse.

A cet effet, les médecins conventionnés en secteur à honoraires opposables et les médecins adhérant au contrat d'accès aux soins tel que défini dans la convention approuvé par arrêté du 22 septembre 2011 et repris dans l'annexe 17 de la présente convention ou aux options pratique tarifaire maitrisée définies aux articles 40 et suivants de la présente convention bénéficient d'une rémunération forfaitaire dénommée majoration personnes âgées (MPA).

Cette rémunération, versée trimestriellement, est calculée sur la base de 5 euros par consultation ou visite réalisée pour leurs patients âgés de plus de 80 ans.

ANNEXE 11. MAJORATIONS DE COORDINATION ET AUTRES MAJORATIONS

Conformément aux dispositions de l'article 16.2 de la convention, le médecin correspondant adhérant à la présente convention qui reçoit le patient pour des soins itératifs et procède à un retour d'information au médecin traitant, bénéficie d'une majoration de coordination applicable à la consultation.
Les valeurs de la majoration de coordination et des majorations dédiées sont les suivantes.

Article 1 Majoration de coordination pour les médecins généralistes et spécialistes

Le médecin généraliste correspondant cote la majoration de coordination généraliste (MCG).
Les parties signataires conviennent de porter la valeur de la MCG de 3 euros à 5 euros, au 1er juillet 2017 .
Le médecin spécialiste correspondant cote la majoration de coordination spécialiste (MCS).
Les parties signataires conviennent de porter la valeur de la majoration MCS de 3 euros à 5 euros, au 1er juillet 2017.
Pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, la valeur de la MCS est portée de 4 euros à 5 euros, au 1er juillet 2017.

Article 2 Dispositions spécifiques aux cardiologues

Les cardiologues peuvent coter une majoration (MCC) applicable à la CSC réalisée dans les conditions définies par l'article 15-1 des dispositions générales de la NGAP.
La MCC peut être facturée par les médecins cardiologues exerçant à Mayotte.
Le montant de la MCC est fixé à 3,27 euros.

Article 3 Majoration en cas d'adressage par le médecin traitant vers le médecin correspondant pour une prise en charge dans les 48 heures

Le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, peut coter une majoration MUT (Majoration d'Urgence du Médecin Traitant), dès lors qu'il pratique les tarifs opposables, en cas de consultation donnant lieu à l'orientation d'un patient sans délai vers un médecin de second recours dans les 48 heures conformément aux dispositions de l'article 18.3 de la présente convention.
La valeur de la majoration MUT est fixée à 5 euros.

Le médecin correspondant, quel que soit son secteur d'exercice, peut coter une majoration (MCU – Majoration Correspondant Urgence), dès lors qu'il pratique les tarifs opposables, en cas de consultation réalisée dans les 48 heures suivant l'adressage sans délai par le médecin traitant conformément aux dispositions de l'article 18.3 de la présente convention.
La valeur de la majoration MCU est fixée à 15 euros.

Ces deux majorations MUT et MCU entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2018.

Ces majorations ne sont pas cumulables avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

Article 4 Dispositions spécifiques aux médecins spécialistes en cas d'urgence

En cas d'urgence médicalement justifiée, le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maitrisée définis aux articles 40 et suivants de la convention, dans la mesure où il ne bénéficie pas de la majoration pour soins d'urgence (modificateur « M ») réservée au généraliste et au pédiatre et de la majoration d'urgence (« MU ») réservée au médecin généraliste, prévues au Livre 3ème « dispositions diverses » articles III-2 et III-4 de la CCAM, peut facturer la majoration de coordination « MCS », applicable à la consultation ou à la visite dans les conditions précisées au présent article.
Le médecin spécialiste procède à un retour d'information auprès du médecin traitant.
Le pédiatre cotant le modificateur « M » ne peut pas prétendre à la MCS.
Conformément aux dispositions de l'article 28.2.5 de la convention, une majoration dénommé MRT (majoration médecin traitant régulation) d'un montant de 15 euros est réservé au médecin traitant valorisant la consultation réalisée en urgence par le médecin traitant, quel que soit son secteur d'exercice, pour l'un de ses patients à la demande du centre de régulation médicale des urgences (centre 15 ou 116 117) pendant les horaires habituels de ses consultations. Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale.
Cette majoration entre en vigueur au 1er janvier 2018

Cette majoration peut être facturée uniquement en cas de respect des tarifs opposables.

Cette majoration n'est pas cumulable avec les autres majorations qui peuvent exister dans le cadre de la permanence des soins.

ANNEXE 12. LE FORFAIT STRUCTURE

Le forfait structure défini à l'article 20 de la présente convention vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien.
L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Le forfait structure comporte deux volets :

- Le premier volet, constitué de cinq indicateurs, vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients.

- Le deuxième volet, constitué de cinq indicateurs, vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice.
Ce forfait structure est basé sur un total de 250 points en 2017, 460 points en 2018 et 660 points en 2019.
La valeur du point est fixée à 7 euros.

Article 1 Premier volet du forfait structure : valoriser l'investissement dans les outils

Ce premier volet du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet, il est affecté de 175 points en 2017, 230 points en 2018 et 280 points en 2019.
Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour permettre de déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet.
En outre, ces prérequis conditionnent également la rémunération du deuxième volet.

Article 1.1 Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Cet outil doit permettre de faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels.

Article 1.2 Utilisation d'une messagerie sécurisée

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise.

Article 1.3 La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE

La version du cahier des charges SESAM -Vitale requise doit intégrer les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N -1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération.
L'objectif est que les médecins disposent d'un l'outil de facturation comportant les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie (fonctionnalités de suivi des factures….).

Article 1.4 Le taux de télétransmission

La télétransmission des données fiabilise la facture et permet de garantir des délais de paiement très courts.
Les médecins doivent atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R 161-43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.
Pour le calcul du taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et,
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée en fonction du démarrage du professionnel de santé à la télétransmission.
La date est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

⇨ Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1er janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est ≥ 2/3 ;

⇨ Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1er jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1ère FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1er juin).

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.
Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

Calcul du ratio : $\frac{Nombre\ d'actes\ FSE}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$

Article 1.5 Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients

La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.
3 possibilités différentes sont offertes au médecin :

- renseigner à partir d'Espace Pro (depuis un lien en cliquant dans la bannière « Convention » située en bas à droite de la page d'accueil du portail) les horaires au plus tard le 31/12 de l'année de référence (année N) afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > ROSP sur Espace pro au plus tard le 31/01 de l'année N+1,
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO au plus tard le 31/01 de l'année N+1.

Article 1.6 Justificatifs des indicateurs du premier volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel métier avec LAP, compatible DMP			Déclaratif	Annuelle
	Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé.			Déclaratif	Annuelle
	Version du cahier des charges SESAM Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE-SV au 31/12 de l'année N-1			Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site Annuaire Santé des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet			Déclaratif	Annuelle
	Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises			Automatisé	Annuelle
TOTAL		175 (2017) 230 (2018) 280 (2019)	1 225 € en 2017 1 610 € en 2018 1 960 € en 2019		

Article 2 Deuxième volet du forfait structure : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.
Ce volet est affecté de 75 points en 2017, 230 points en 2018 et 380 points en 2019 répartis entre les cinq indicateurs qui le composent.
Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres.
Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (article 1er de la présente annexe).

Article 2.1 Taux de dématérialisation sur un bouquet de téléservices

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun des téléservices suivants :

- la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT),
- le protocole de soins électronique (PSE),
- la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT),
- la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisé (CMATMP).

Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le taux de dématérialisation d'un téléservice est calculé comme suit :

- Taux de DCMT dématérialisées :

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre de DCMT (papier et dématérialisée)

- Taux de PSE :

Taux = Nombre de PSE / nombre de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

- Taux d'AAT dématérialisés :

Taux = Nombre d'AAT dématérialisé / total des AAT (papier et dématérialisés)

- Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement.
Pour accompagner la mise en place de ce nouvel indicateur, pendant les premières années suivant l'entrée en vigueur de la présente convention, le taux de dématérialisation requis est fixé par palier. Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous :

	Objectifs			
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
AAT	30%	40%	50%	60%

CM ATMP	10%	14%	17%	20%
PSE	40%	50%	60%	70%
DMT	77%	80%	85%	90%

Cet indicateur est affecté de 20 points, en 2017, 60 points en 2018 et 90 points en 2019.
Chaque téléservice représente un quart du total des points de cet indicateur.

Article 2.2 Capacité à coder des données médicales

Le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Le médecin transmet à l'assurance maladie le résultat anonymisé des requêtes permettant la production de registres.

Cet indicateur est affecté de 10 points, en 2017, 20 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.3 Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

Le forfait structure valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné qui se traduit par la participation du médecin à une équipe de soins primaires telle que définie à l'article L.1411-11-1 du code de la santé publique ou à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou participation à au moins quatre réunions de concertation pluridisciplinaire par an.

Le médecin transmet à l'assurance maladie tout justificatif attestant de cette implication.

Cet indicateur est affecté de 15 points en 2017, 40 points en 2018 et 60 points en 2019.

Article 2.4 Amélioration du service offert aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile…), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Le médecin transmet à l'assurance maladie tout justificatif attestant du service offert aux patients (ex : contrat de travail mentionnant les fonctions effectuées par le personnel du cabinet, document attestant du recours à des structures d'appui,…).

Cet indicateur est affecté de 20 points en 2017, 80 points en 2018 et 130 points en 2019.

Article 2.5 Valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine

Prévue au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maitre de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine ambulatoire.

Le médecin transmet à l'assurance maladie la copie des attestations ou conventions de stages réalisés.

Cet indicateur est affecté de 10 points en 2017, 30 points en 2018 et 50 points en 2019.

Article 2.6 Justificatifs des indicateurs du deuxième volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 2 : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients	Dématérialisation des téléservices	20 en 2017 60 en 2018 90 en 2019	140€ en 2017 420€en 2018 630€ en 2019	Automatisé	Annuelle
	Capacité à coder les données médicales	10 en 2017 20 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 140€ en 2018 3500€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients	15 en 2017 40 en 2018 60 en 2019	105€ en 2017 280€ en 2018 420€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Amélioration du service offert aux patients	20 en 2017 80 en 2018 130 en 2019	140€ en 2017 560€ en 2018 910€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
	Valorisation de la fonction de maitre de stage	10 en 2017 30 en 2018 50 en 2019	70€ en 2017 210€ en 2018 350€ en 2019	Déclaratif	Annuelle
TOTAL		**75 en 2017 230 en 2018 380 en 2019**	**525 € en 2017 1 610 € en 2018 2 660 € en 2019**		

ANNEXE 13. DISPOSITIF DE PREVENTION BUCCO DENTAIRE

Sous-Titre 1. Dispositions de prévention bucco-dentaire pour les enfants et les adolescents

Conformément aux dispositions de l'article 17 sur la prévention bucco-dentaire, les modalités de participation des médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale au dispositif sont définies dans les conditions suivantes.

Article 1 Parties concernées

Article 1.1 Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15 et 18 ans, ayants droit ou assurés sociaux et remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'Assurance Maladie.

Article 1.2 Les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale

Les médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à l'action de prévention.

Article 2 Contenu du dispositif

Les jeunes de 6, 9, 12, 15 et 18 ans bénéficient d'un examen de prévention et des soins consécutifs éventuellement préconisés lors de cet examen.

Article 2.1 Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :
- une anamnèse,
- un examen bucco-dentaire,
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation à la santé bucco-dentaire (hygiène bucco-dentaire, enseignement du brossage dentaire…), recommandations d'hygiène alimentaire.

L'examen est complété, si nécessaire, par :
- des radiographies intrabuccales,
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance, facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Article 2.2 Les soins consécutifs à l'examen de prévention

Entrent dans le champ du dispositif, les seuls actes correspondant à des soins conservateurs, chirurgicaux et des actes radiographiques, conformément à la liste fixée en annexe 29 de la convention nationale.

Article 2.3 Les tarifs des honoraires du dispositif de prévention

Les tarifs ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires.

Le montant de l'examen de prévention bucco-dentaire à destination des 6, 9, 12, 15 et 18 ans, dans le cadre du programme MT'dents est fixé à 30€. Les forfaits avec radiographies sont affectés des montants suivants :

- examen avec réalisation d'un ou deux clichés : 42 euros,
- examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros.

Article 3 Modalités pratiques

Dans le mois qui précède la date d'anniversaire de l'assuré ou de l'ayant droit, la caisse d'Assurance Maladie dont il relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré identifié accompagné d'un courrier d'invitation à l'examen de prévention, personnalisé en fonction de l'âge.

Le courrier d'invitation peut être adressé en son nom propre si l'adolescent est lui-même l'assuré ou à ses parents si l'adolescent est à leur charge.

Les soins de prévention bucco-dentaire peuvent être réalisés en accès spécifique. Pour bénéficier des avantages du dispositif, l'enfant ou l'adolescent consulte le médecin stomatologiste de son choix, ou du choix de ses parents, dans les 6 mois qui suivent la date de son anniversaire. Il présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge, pré identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.

Après la réalisation de cet examen, le médecin stomatologiste complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assuré pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure "renseignements médicaux" est à conserver par le médecin stomatologiste dans le dossier du patient. Pour ce qui concerne les enfants de 6 et 12 ans, ces renseignements sont également portés par le médecin stomatologiste dans le carnet de santé.

Pour bénéficier d'une prise en charge à 100 %, le programme de soins établi, le cas échéant, lors de l'examen, doit être commencé dans les 3 mois qui suivent cet examen et s'achever dans les 6 mois suivant la date de début des soins.

La procédure de dispense d'avance des frais s'applique à l'examen de prévention pour toutes les tranches d'âge, ainsi qu'aux soins consécutifs pour les 6 et 12 ans (article L. 2132-2-1 du code de la santé publique).

Article 4 Engagements des parties

Article 4.1 Les engagements du médecin stomatologiste et du spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale

Le médecin stomatologiste ou spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale s'engage à :

- respecter les clauses du présent texte et à faire bénéficier ses patients des tarifs conventionnels comme prévu à la présente convention en s'interdisant l'usage des dépassements d'honoraires visés par la convention,

- permettre au patient d'accéder à l'ensemble des avantages prévus dans le dispositif,

- informer son patient et son représentant légal, s'il est présent, de l'état bucco-dentaire constaté et, le cas échéant, du nombre de dents à traiter et de la nature des soins à engager, tout en précisant les priorités,

- accompagner sa démarche de conseils d'hygiène et de prévention en soulignant l'intérêt d'un traitement précoce, d'un suivi régulier et de la continuité des soins,

- participer à l'évaluation du dispositif en :
    - conservant dans le dossier médical du patient les "renseignements médicaux" relatifs à l'examen de prévention et au programme de soins éventuels ;
    - transmettant ces renseignements au service médical à sa demande ;
    - répondant à toute enquête ou recueil d'informations réalisés sur la base des modalités définies dans le cadre de la convention dentaire,
    - répondant aux modalités de suivi indiquées ci-après,

- participer à la campagne de prévention bucco-dentaire.

Article 4.2 Les engagements de l'UNCAM

L'UNCAM s'engage à :
- faire bénéficier les patients concernés par le dispositif de la procédure de dispense d'avance des frais pour l'examen de prévention annuel et son complément radiologique éventuel;
- honorer directement l'examen annuel de prévention et son complément radiologique éventuel des médecins stomatologistes ou spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale;
- mettre en place une gestion active des bénéficiaires du dispositif de manière à les suivre au plus près et à les inciter à y participer;
- accompagner la mise en œuvre du dispositif de prévention de campagnes d'information destinées aux assurés, aux bénéficiaires potentiels et aux médecins stomatologistes ou spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale;
- restituer aux médecins stomatologistes ou spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale dans le cadre des commissions paritaires locales les informations et analyses pertinentes résultant des évaluations,
- émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de 15 jours à compter de la réception du support de facturation dûment complété;
- en cas de support électronique, ce délai est ramené à 5 jours.

Article 5 Evaluation du dispositif

Article 5.1 Les dispositions générales

Les parties signataires considèrent que la procédure d'évaluation doit être réalisée dans trois domaines : médical, économique et social.

L'ensemble des acteurs étant amenés à participer à cette évaluation dans ses trois composantes, les praticiens s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'Assurance Maladie conviennent de mettre à disposition des médecins stomatologistes ou

spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale concernés les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.

Article 5.2 Le contenu des volets de l'évaluation

Les parties signataires doivent recueillir les éléments principaux permettant de répondre aux objectifs suivants :

1. domaine médical
- nombre d'enfants ayant un besoin de soins / nombre total de bénéficiaires ayant eu un examen de prévention,
- nombre de programmes de soins réalisés / nombre de programme de soins proposés,
- analyse du type d'actes prodigués au cours de l'examen de prévention,
- analyse de l'indice de carie CAO.

2. domaine économique
- suivi de l'indice de carie CAO,
- suivi du volume d'actes de soins conservateurs par cotation et par tranche d'âge.

3. domaine social
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur l'activité des stomatologistes,
- impact de la mise en œuvre du dispositif sur le comportement des bénéficiaires (recours aux soins ou recours à l'examen par exemple), par tranche d'âge et par cible,
- enquête de satisfaction auprès des stomatologistes ou spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale,
- enquête de satisfaction auprès des bénéficiaires et des assurés.

Article 5.3 La formalisation de l'évaluation

La méthode utilisée et les critères retenus pour l'évaluation dans ses 3 composantes seront déterminés, en conformité avec le dispositif prévu pour les chirurgiens-dentistes.

Sous-Titre 2. Prévention bucco-dentaire à destination des femmes enceintes

Article 6 Les parties concernées

Article 6.1 Les bénéficiaires

Le dispositif de prévention s'adresse aux femmes enceintes à partir du 4ème mois de grossesse, ayants droit ou assurées sociales, remplissant les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie et maternité.

Article 6.2 Les médecins

Les médecins relevant des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux participent à cette action de prévention.

Article 7 Contenu du dispositif

Les femmes enceintes bénéficient d'un examen de prévention pris en charge à 100% avec dispense d'avance de frais, à compter du 4ème mois de grossesse, jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Article 7.1 Le contenu de l'examen de prévention

L'examen comprend obligatoirement :
- une anamnèse ;
- un examen bucco-dentaire ;
- des éléments d'éducation sanitaire : sensibilisation de la future mère à la santé bucco-dentaire (hygiène orale, etc.), hygiène alimentaire, information sur l'étiologie et la prévention de la carie de la petite enfance (mesures d'hygiène nécessaires dès l'éruption des premières dents de l'enfant).

Ces informations et conseils d'éducation sanitaire sont délivrés oralement par le médecin, lors de la consultation de prévention, et peuvent se matérialiser par la remise d'une plaquette synthétisant ces conseils.

L'examen est complété, si nécessaire, par :
- des radiographies intrabuccales ;
- l'établissement d'un programme de soins.

Dans le cas où il n'y a qu'un acte à réaliser, celui-ci peut être exécuté au cours de la même séance que l'examen de prévention. Il ne peut y avoir au cours d'une même séance facturation d'une consultation et d'un examen de prévention.

Article 7.2 Les tarifs d'honoraires de l'examen de prévention

Cet examen est valorisé à 30€. Il est complété si nécessaire par des radiographies intrabuccales quelle que soit la technique utilisée.
Dans ce cas, la rémunération forfaitaire de l'examen et des radiographies est la suivante :
- examen avec réalisation d'un ou deux clichés : 42 euros
- examen avec réalisation de trois ou quatre clichés : 54 euros

L'examen et les radiographies qui y sont associées le cas échéant sont facturés à tarifs opposables.

Article 8 Mise en œuvre du dispositif

À compter de la réception de la déclaration de grossesse de l'assurée ou de l'ayant droit, la caisse d'assurance maladie dont elle relève lui envoie l'imprimé unique de prise en charge pré-identifié accompagné d'une invitation à participer à cet examen de prévention.
Pour bénéficier des avantages du dispositif, la femme enceinte doit consulter le médecin de son choix, à compter de son 4ème mois de grossesse et ce, jusqu'à 12 jours après l'accouchement. Elle présente alors au praticien l'imprimé de prise en charge pré-identifié à son nom pour bénéficier de l'examen de prévention sans avance de frais.
La facture de l'examen doit être télétransmise. En cas d'impossibilité, le médecin complète la partie supérieure de l'imprimé de prise en charge et l'adresse à l'organisme d'affiliation de l'assurée pour pouvoir être réglé du montant de l'examen réalisé. La partie inférieure «renseignements médicaux » est à conserver par le médecin dans le dossier de la patiente.

Article 9 Evaluation et suivi du dispositif

Les parties signataires considèrent qu'une évaluation de ce dispositif doit être réalisée.
L'ensemble des acteurs étant amenés à participer à cette évaluation, les médecins s'engagent en conséquence à répondre le plus efficacement possible à toute sollicitation des caisses ou des tiers habilités afin de faciliter cette démarche. En contrepartie, les caisses d'assurance maladie conviennent de mettre à disposition des instances conventionnelles concernées les éléments analytiques d'évaluation du dispositif de prévention.
Les partenaires conventionnels conviennent, à ce titre, d'étudier l'application et le suivi du dispositif dans le cadre des instances conventionnelles.
Un bilan annuel sera réalisé dans le cadre de la Commission Paritaire Nationale définie à l’article 80 de la présente convention.

ANNEXE 14. DISPOSITIF DE PREVENTION DE LA RETINOPATHIE

Conformément aux dispositions de l'article 23-2 de la présente convention, les parties conventionnelles souhaitent améliorer le dépistage de la rétinopathie diabétique. Dans ce cadre, elles s'engagent à faciliter la prise en charge des patients diabétiques en favorisant la coopération entre professionnels de santé.

Elles s'accordent sur la nécessité de favoriser la lecture différée des photographies du fond d'œil réalisée préalablement par les orthoptistes.

Cet acte de lecture différée réalisée en dehors de la présence du patient ne peut pas faire l'objet de dépassement d'honoraires.

ANNEXE 15. REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE

Article 1 Modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique comporte 29 indicateurs pour les médecins traitants, 9 indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 8 indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie.
Les indicateurs s'appuient d'une part sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et, d'autre part sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.
Les données sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données de ses différents cabinets sont additionnées.

- Le calcul du taux de réalisation

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le médecin en prenant en compte le niveau atteint et la progression réalisée. Ainsi, un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur.
Pour calculer ce taux de réalisation, sont définis pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins, qui une fois atteint correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins, qui correspond à un taux de réalisation de 50% ;
- le taux de départ (niveau initial), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin au 31/12/2016 (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année d'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur ;
- le taux de suivi (niveau constaté), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année, si le seuil minimal requis pour l'indicateur est atteint.

Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le médecin :

Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire[1] : le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% * \frac{niveau\ constaté - niveau\ initial}{objectif\ intermédiaire - niveau\ initial}$$

Ainsi, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0% (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 50% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

[1] Les formules présentées ci-dessus sont celles correspondant à un indicateur croissant.
Si l'objectif est décroissant le rapport est inversé.

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire[2] :
le taux de réalisation est au moins égal à 50% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté selon la formule :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% + 50\% * \frac{niveau\ constaté - objectif\ intermédiaire}{objectif\ cible - objectif\ intermédiaire}$$

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 50% (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100% (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).
Le taux de réalisation ne dépend pas du niveau initial, mais de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté.

- Le calcul du nombre de points

La ROSP définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation de 100 %.
Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du médecin.
Pour le calcul de la rémunération, une pondération est effectuée sur la base de la patientèle médecin traitant déclarante de l'année. Elle correspond aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire.
Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la rémunération sur objectifs de santé publique est calculée.
La pondération par la patientèle permet de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.
Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les médecins traitants et les médecins spécialistes en cardiologie et pathologies vasculaires et 1 100 patients pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie. Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle médecin traitant déclarante ou correspondante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

Pour les médecins traitants :

Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x $\frac{patientèle\ déclarante}{800}$ x 7€

Pour les médecins spécialistes en cardiologie et gastro-entérologie :

Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x [(patientèle correspondante)/800 ou 1 100] x 7€

➢ Pour les médecins nouveaux installés :

Afin de tenir compte des spécificités des médecins qui s'installent pour la première fois en libéral ou qui s'installent de nouveau en libéral, la méthode de calcul des indicateurs de pratique clinique a été adaptée. Cette adaptation consiste à actualiser les taux de départ tous les ans pendant trois ans et à appliquer une majoration de la valeur du point, dégressive pendant les trois premières années d'installation. Cette majoration est de :

- 20% la première année
- 15% la deuxième année
- 5% la troisième année

Pour les médecins traitants, une méthode spécifique peut leur être appliquée :

- prise en compte de la patientèle « consommante de l'année en cours » pour le calcul des indicateurs de pratique clinique,
- les taux de départ correspondent à la moyenne nationale calculée sur l'ensemble des médecins traitants de l'année précédant l'année de calcul de la rémunération
- application de la majoration précitée.

Chaque année, les médecins traitants nouveaux installés bénéficient du calcul de leurs indicateurs selon les deux méthodes. La plus avantageuse est retenue pour le calcul de la rémunération.

La rémunération est calculée selon la formule suivante :

Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x $\frac{patientèle\ déclarante}{800}$ x 7€ x majoration du point selon l'année d'installation

Article 2 Méthodologie de construction des indicateurs

Article 2.1 Les indicateurs pour les médecins traitants

L'ensemble des codes correspondants aux actes techniques, aux actes de biologie ou aux médicaments cités dans ce texte correspondent à ceux en vigueur à la date de parution de la Convention. Ils font l'objet d'une maintenance régulière permettant d'introduire tout nouveau code qui ne modifie pas le sens de l'indicateur, par exemple lors de l'apparition d'un nouveau médicament appartenant à la même sous-classe ATC ou lors de la modification du code CCAM correspondant à un acte appartenant au champ de la requête.

<u>Indicateurs de suivi des pathologies chroniques</u>

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant y compris celles réalisées par d'autres médecins.

➢ **Suivi du diabète :**

Les patients diabétiques sont les patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
Sont définis comme antidiabétiques tous les médicaments de la classe ATC2 A10 (médicaments du diabète).

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année***

Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu au moins 2 dosages d'HbA1c (quel que soit le prescripteur, quantité remboursée ≥ 2)
Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques
Fréquence de mise à disposition des données : trimestrielle
Définitions : le code NABM pris en compte est 1577 (« HBA1C (dosage) »)

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques
Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen de la rétine (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 24 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle.
Définitions : Les actes d'ophtalmologie pris en compte pour l'examen de la rétine sont :
- les actes cliniques faits par un ophtalmologiste : C, CS, CA, C2, HS, EXS, SES, V, VS, VA, VU/MU avec spécialité 15
- les actes CCAM suivants : BGQP002 (Examen du fond d'œil par biomicroscopie avec verre de contact), BGQP007 (Rétinographie en couleur ou en lumière monochromatique, sans injection), BZQK001 (Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique) et BGQP140 (Lecture différée d'une rétinographie en couleur, sans la présence du patient)

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques
Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un remboursement pour recherche micro albuminurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : sont pris en compte les codes NABM suivants :

- pour la recherche de micro albuminurie sur échantillon d'urines, le code 1133 (« UR. : micro albuminurie : dosage »)
- pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes suivants: 0592 (« SANG : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques
Numérateur : nombre de patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen des pieds par le MT ou une consultation de podologie dans l'année
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antidiabétiques
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définition : indicateur déclaratif

➢ **HTA**

- **Indicateur** ***: Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs
Numérateur : nombre de patients MT traités par antihypertenseurs ayant eu un remboursement pour une recherche de protéinurie ET un dosage de créatininémie avec estimation du DFG (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par antihypertenseurs
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : sont pris en compte les codes NABM suivants :
- pour la recherche de protéinurie, le code 2004 (« UR : protéinurie, recherche et dosage ») ;
- pour le dosage de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire, les codes 0592 (« sang : créatinine ») et 0593 (« sang : urée et créatinine »)

➢ **Risque cardio-vasculaire**

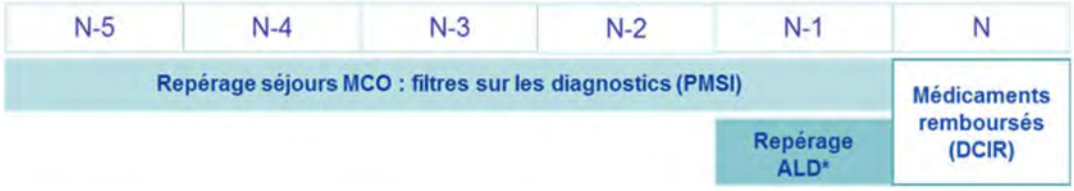
- **Indicateur :** ***Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT
Numérateur : nombre de patients MT ayant eu au moins un remboursement pour statines prescrites par le MT, et ayant fait l'objet d'une évaluation du risque cardio-vasculaire en amont (par SCORE ou une autre grille de scorage)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT traités par statine

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définitions : indicateur déclaratif

- **Indicateur :** ***Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD pour ces motifs l'année précédente
Numérateur : nombre de patients MT ayant eu un séjour en MCO pour maladie coronaire ou AOMI sur 5 ans ou étant en ALD l'année précédente pour ces causes et ayant été traités par bétabloquants + IEC ou ARA 2 sur 1 an (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 6 ans glissants
Seuil minimum : 5 patients MT ayant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle (sauf 1er trimestre : données du PMSI MCO non disponibles)
Définitions :
Statines : médicaments de la classe EPHMRA C10A1 (Statines, y compris Caduet® et Pravadual®) et de la classe ATC C10AA05 (association de simvastatine et d'ézétimibe : Inegy®). L'ézétimibe (Ezetrol®) n'est pas pris en compte (hypolémiant n'appartenant pas à la classe des statines).
AAP : médicaments des classes ATC suivantes: B01AC04 (clopidogrel), B01AC06 (acetylsalicylique acide), B01AC07 (dipyridamole), B01AC05 (ticlopidine), C10BX02 (pravastatine et ACIDE acetylsalicylique), B01AC08 (carbasalate calcique), B01AC30 (associations), B01AC22 (prasugrel), B01AC24 (ticagrelor)
IEC ou ARA2 : tous les médicaments de la classe ATC C09, à l'exception de C09XA02 (aliskiren) et C09XA5 (aliskiren et hydrochlorothiazide)
Les patients présentant une maladie coronaire ou une AOMI sont ciblés au moyen de l'algorithme de la cartographie élaborée par la CNAMTS, en fonction de leurs séjours MCO entre N-1 et N-5 (codes CIM10 des diagnostics principaux, reliés ou associés) et de leur ALD en N-1 (codes CIM10 issus d'Hippocrate), détail ci-dessous.



Détail du ciblage des patients avec maladie coronaire chronique dans la cartographie des patients :
Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 de cardiopathie ischémique,
et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années (n à n-4) pour ces mêmes motifs (DP d'un des RUM ou DR),
et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une cardiopathie ischémique comme complication ou morbidité associée (DA),
[Remarque : contrairement à la cartographie, on n'exclut pas les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu l'année n]
Codes CIM10 utilisés
PMSI et ALD : I20 (Angine de poitrine) ; I21 (Infarctus aigu du myocarde) ; I22 (Infarctus du myocarde à répétition) ; I23 (Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde) ; I24 (Autres cardiopathies ischémiques aiguës) ; I25 (Cardiopathie ischémique chronique).

Détail du ciblage des patients avec artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI) dans la cartographie des patients :
Personnes en ALD au cours de l'année n avec codes CIM-10 d'athérosclérose des artères distales ou autres maladies vasculaires périphériques,
et/ou personnes hospitalisées durant au moins une des 5 dernières années pour athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque (DP d'un des RUM ou DR),
et/ou personnes hospitalisées l'année n pour tout autre motif avec une athérosclérose des artères distales, ou claudication intermittente et spasme artériel, ou embolie et thrombose de l'aorte abdominale, ou embolie et thrombose des artères des membres inférieurs, ou embolie et thrombose des artères distales sans précision, ou embolie et thrombose de l'artère iliaque comme complication ou morbidité associée (DA).
Codes CIM10 utilisés
PMSI : I70.2 (Athérosclérose des artères distales) ; I73.9 (Maladie vasculaire périphérique, sans précision) ; I74.0 (Embolie et thrombose de l'aorte abdominale) ; I74.3 (Embolie et thrombose des artères des membres inférieurs) ; I74.4 (Embolie et thrombose des artères distales, sans précision) ; I74.5 (Embolie et thrombose de l'artère iliaque).
ALD : I70 (Athérosclérose) ; I73 (Autres maladies vasculaires périphériques) ; I74 (Embolie et thrombose artérielle).

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par AVK ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année***

Dénominateur : nombre de patients MT traités par AVK
Numérateur : nombre de patients MT traités par AVK et ayant bénéficié d'au moins 10 mesures annuelles de l'INR (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT traités par AVK
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Le code NABM retenu pour le dosage de l'INR est le code 0127 (« INR : temps de quick en cas de traitement par AVK »)
AVK : médicaments de la classe ATC B01AA (coumadine, pindione, apegmone, previscan, sintrom, minisintrom)

<u>Indicateurs de prévention</u>

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs, intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant, y compris celles réalisées par d'autres médecins à l'exception des indicateurs sur les psychotropes et l'antibiothérapie.

- **Grippe**

Le calcul se fait sur la période de la campagne de vaccination, séparément pour l'Hémisphère Sud et l'Hémisphère Nord.

- **Indicateur :** ***Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus
Numérateur : nombre de patients MT âgés de 65 ans et plus, et ayant eu un remboursement de vaccin contre la grippe pendant la campagne de vaccination (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères
Seuil minimum : 10 patients MT de 65 ans et plus
Fréquence de mise à jour des données : mensuelle durant la période de campagne vaccinale
Définitions : Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS

- **Indicateur :** ***Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique)
Numérateur : nombre de patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ayant eu 1 remboursement de vaccin contre la grippe (quel que soit le prescripteur) durant la campagne de vaccination
Période de calcul : avril à décembre de l'année en cours pour couvrir la campagne sur les deux hémisphères
Seuil minimum : 10 patients MT de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique
Fréquence de mise à jour des données : mensuelle durant la période de campagne vaccinale
Définitions : Patients présentant une maladie respiratoire chronique : au moins 4 délivrances à des dates distinctes de médicaments ciblés dans la classe ATC R03 « Médicaments pour les maladies obstructives des voies respiratoires »
Vaccin anti-grippal : tous les médicaments inclus dans les codes ATC J07BB01 et J07BB02 + tetagrip, à l'exclusion des vaccins H1N1 (Focetria® et Panenza®). Pour la campagne de vaccination 2015 de l'hémisphère sud 2 vaccins ont été pris en compte Vaxigrip HS et Fluarix HS.

- **Dépistage des cancers**

- **Indicateur :** ***Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans (femmes uniquement)
Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 50 à 74 ans, ayant eu une mammographie de dépistage (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre
Période de calcul : 27 mois glissants
Seuil minimum : 20 patientes MT âgées de 50 à 74 ans
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Les actes CCAM pris en compte pour la mammographie de dépistage sont QEQK001 (Mammographie bilatérale) et QEQK004 (Mammographie de dépistage).

- **Indicateur :** ***Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années***

Dénominateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans (femmes uniquement)
Numérateur : nombre de patientes MT âgées de 25 à 65 ans, ayant eu un frottis (quel que soit le prescripteur) sur 3 ans
Période de calcul : 36 mois glissants
Seuil minimum : 20 patientes MT âgées de 25 à 65 ans
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Les actes pris en compte pour le frottis sont :

- actes CCAM : JKQP001 et JKQP008 + (depuis juin 2014) JKQX001, JKQX027, JKQX008 et JKQX015
- actes en NGAP : Actes d'anatomo-cyto-pathologie/médecins
- acte de biologie : 0013 (« cytopathologie gynécologique un ou plusieurs prélèvements (frottis)

- **Indicateur :** ***Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années***

Dénominateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans (quel que soit le sexe)
Numérateur : nombre de patients MT âgés de 50 à 74 ans, ayant eu un dépistage du CCR (quel que soit le prescripteur) sur 2 ans et 1 trimestre
Période de calcul : 27 mois glissants
Seuil minimum : 20 patients MT âgés de 50 à 74 ans
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Le code prestation pris en compte pour le dépistage du CCR est : 9434 (DCC – « acte de dépistage du cancer colorectal »).

➢ **Prévention des risques d'iatrogénie médicamenteuse**

- **Indicateur :** ***Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits***

Dénominateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23
Numérateur : nombre de patients MT de plus de 75 ans hors patients en ALD 23 ayant eu au moins 2 psychotropes remboursés sur une même ordonnance (même date de prescription), prescrits par le MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT > 75 ans hors ALD 23
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : sont définis comme psychotropes toutes les molécules suivantes :

- Dans la Classe N05 (psycholeptiques) :

N05AA (carpipramine), N05AA01 (chlorpromazine), N05AA02 (levomepromazine), N05AA06 (cyamemazine), N05AB02 (fluphenazine), N05AB03 (perphenazine), N05AB06 (trifluoperazine), N05AB08 (thioproperazine), N05AC01 (periciazine), N05AC02 (thioridazine), N05AC04 (pipotiazine), N05AD01 (haloperidol), N05AD02 (trifluperidol), N05AD05 (pipamperone), N05AD08 (droperidol), N05AF01 (flupentixol), N05AF05 (zuclopenthixol),

N05AG02 (pimozide), N05AG03 (penfluridol), N05AH01 (loxapine), N05AH02 (clozapine), N05AH03 (olanzapine), N05AH04 (quetiapine), N05AL01 (sulpiride), N05AL03 (tiapride), N05AL05 (amisulpride), N05AN01 (lithium), N05AX08 (risperidone), N05AX12 (aripiprazole), N05AX13 (paliperidone), N05BA01 (diazepam), N05BA04 (oxazepam), N05BA05 (clorazepate potassique), N05BA06 (lorazepam), N05BA08 (bromazepam), N05BA09 (clobazam), N05BA11 (prazepam), N05BA12 (alprazolam), N05BA16 (nordazepam), N05BA18 (ethyle loflazepate), N05BA21 (clotiazepam), N05BA23 (tofisopam), N05BB01 (hydroxyzine), N05BB02 (captodiame), N05BC01 (meprobamate), N05BC51 (meprobamate en association), N05BE01 (buspirone), N05BX03 (etifoxine), N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD05 (triazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine),

- Dans la classe N06 (psychoanaleptiques) :

N06AA01 (desipramine), N06AA02 (imipramine), N06AA04 (clomipramine), N06AA05 (opipramol), N06AA06 (trimipramine), N06AA09 (amitriptyline), N06AA12 (doxepine), N06AA16 (dosulepine), N06AA17 (amoxapine), N06AA19 (amineptine), N06AA21 (maprotiline), N06AA23 (quinupramine), N06AB03 (fluoxetine), N06AB04 (citalopram), N06AB05 (paroxetine), N06AB06 (sertraline), N06AB08 (fluvoxamine), N06AB10 (escitalopram), N06AF05 (iproniazide), N06AG02 (moclobemide), N06AG03 (toloxatone), N06AX03 (mianserine), N06AX09 (viloxazine), N06AX11 (mirtazapine), N06AX14 (tianeptine), N06AX16 (venlafaxine), N06AX17 (milnacipran), N06AX21 (duloxetine), N06AX22 (agomelatine)

- Dans la classe R06 (antihistaminiques à usage systémique) : R06AD01 (alimemazine).

- **Indicateur :** ***Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques, quel que soit le prescripteur
Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques et qui a duré plus de 4 semaines
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD hypnotiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions :
Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD hypnotiques dans les 6 mois précédents la 1ère délivrance
Patients dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines = Patients avec > 28 unités délivrées en 6 mois à partir de la 1ère délivrance
BZD hypnotiques : médicaments des classes ATC N05CD02 (nitrazepam), N05CD03 (flunitrazepam), N05CD04 (estazolam), N05CD06 (lormetazepam), N05CD07 (temazepam), N05CD11 (loprazolam), N05CF01 (zopiclone), N05CF02 (zolpidem), N05CX (clorazepate dipotassique + acepromazine)

- **Indicateur :** ***Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques, quel que soit le prescripteur

Numérateur : nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytiques et qui a duré plus de 12 semaines
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 5 patients MT ayant débuté un traitement par BZD anxiolytique
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Patients ayant débuté un traitement = patients sans délivrance de BZD anxiolytique dans les 6 mois précédents la 1ère délivrance
Patients dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines = Patients avec ≥ 4 délivrances en 6 mois à partir de la 1ère délivrance
BZD anxiolytiques : médicaments de la classe ATC N05BA

➢ **Antibiothérapie**

- **Indicateur :** ***Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD***

Dénominateur : nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD
Numérateur : nombre de boîtes d'antibiotiques prescrites par le MT et remboursées aux patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (x 100)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 20 patients MT de 16 à 65 ans hors ALD
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : Antibiotiques : tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibactériens à usage systémique)

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones)***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant une prescription d'antibiotiques par le MT
Numérateur : nombre de patients MT ayant eu une prescription amoxicilline acide clavulanique OU céphalosporine de 3è et 4è génération OU fluoroquinolones par le MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT avec prescription d'antibiotiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition :
Pour le dénominateur sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans la classe ATC J01 (antibacteriens à usage systémique)
Pour le numérateur :
- amoxicilline + acide clavulanique : médicaments de la classe : J01CR02 (amoxicilline et inhibiteur d'enzyme)
- céphalosporine de 3è et 4è génération : médicaments des classes J01DD02 (ceftazidime), J01DD04 (ceftriaxone), J01DD08 (cefixime), J01DD13 (cefpodoxime), J01DE01 (cefepime)
- fluoroquinolones : les médicaments des classes J01MA01 à J01MA12

➢ **Conduites addictives**

- **Indicateur :** ***Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT tabagiques
Numérateur : nombre de patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT tabagiques
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définition : indicateur déclaratif

- **Indicateur** ***: Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier du patient (déclaratif)***

Dénominateur : nombre de patients MT alcooliques
Numérateur : nombre de patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT tabagiques
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définition : indicateur déclaratif

<u>Indicateurs d'efficience</u>

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le MT à ses patients MT, à l'exception des indicateurs concernant la prescription de metformine et le dosage de TSH (qui prennent en compte toutes les prescriptions, quel que soit le prescripteur)
Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boites de médicaments prescrites et remboursées.
Il est tenu compte des grands conditionnements: une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

- **Prescription dans le répertoire des génériques**

Quelle que soit la classe considérée, l'indicateur correspond au taux de prescription dans le répertoire des génériques pour les médicaments de la classe.
Dénominateur : nombre de boîtes de la classe XX prescrites aux patients MT
Numérateur : nombre de boîtes de la classe XX inscrits au répertoire des génériques, prescrites aux patients MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle

- **Indicateur :** ***Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 30 boîtes de statines prescrites par le MT à ses patients MT
Définition : médicaments des classe ATC commençant par C10

- **Indicateur :** ***Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 130 boîtes d'antihypertenseurs prescrites par le MT à ses patients MT
Définition : médicaments des classes ATC C02 « antihypertenseurs », C03 « diurétiques », C07 « betabloquants », C08 « inhibiteurs calciques » et C09 « médicaments agissant sur le systeme renine-angiotensine ».

- **Indicateur :** ***Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 20 boîtes de médicaments de l'incontinence urinaire prescrites par le MT à ses patients MT
Définition : médicaments de la classe EPH G04D4 « médicaments de l'incontinence urinaire ».

- **Indicateur :** ***Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques***

Seuil minimum : 20 boîtes d'antiasthmatiques prescrites par le MT à ses patients MT
Définition : médicaments de la classe EPH R03A3 « BETA 2 stimulants d'action prolongée, a inhaler ».

- **Indicateur :** ***Indice global de prescription dans le reste du répertoire***

Cet indicateur concerne les classes thérapeutiques les plus prescrites en médecine générale, en dehors des classes pour lesquelles un indicateur spécifique est présent dans la ROSP : les classes retenues et les objectifs cible et intermédiaire correspondants seront précisés ultérieurement.

➢ **Prescription de biosimilaires**

- **Indicateur :** ***Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine***

Dénominateur : nombre de boîtes d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT
Numérateur : nombre de boîtes de biosimilaires de l'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 20 boîtes d'insuline glargine prescrites par le MT à ses patients MT
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : parmi les médicaments de la classe ATC A10AE (insulines et analogues pour injection d'action lente), ceux avec PHA_ATC_L07 = « insuline glargine »

➢ **Efficience des prescriptions**

- **Indicateur :** ***Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires***

Dénominateur : nombre de patients MT patients traités par antiagrégants plaquettaires (au moins un remboursement pour une prescription du MT)

Numérateur : nombre de patients MT patients traités par aspirine à faible dosage (au moins un remboursement pour une prescription du MT)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum 10 patients MT traités par antiagrégants plaquettaires
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définition : Sont définis comme antiagrégants plaquettaires tous les médicaments inclus dans la classe ATC B01AC + Pravadual®. L'AFSSAPS considère comme faible dosage des posologies allant de 75 à 300 mg (Les aspirines faible dosage pour enfant ne sont pas comptées).

- **Indicateur :** ***Part des patients MT diabétiques traités par metformine***

Dénominateur : nombre de patients MT diabétiques
Numérateur : nombre de patients MT diabétiques traités par metformine (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum 10 patients MT diabétiques
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Les classes incluses au dénominateurs sont : metformine, agoniste GLP-1, glinide, glitazone, inhibiteur DPP-4, inhibiteur alpha-glucosidases, insuline, sulfamide + les associations metformine et sulfamide, metformine et glitazone, metformine et inhibiteur DPP-4.

- **Indicateur :** ***Part des patients MT ayant bénéficié d'un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH***

Dénominateur : nombre de patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L (quel que soit le prescripteur)
Numérateur : ayant eu un dosage de TSH seul (quel que soit le prescripteur)
Période de calcul : 12 mois glissants
Seuil minimum : 10 patients MT ayant un dosage de TSH, T3L ou T4L
Fréquence de mise à jour des données : trimestrielle
Définitions : Codes NABM 1206 (triiodothyronine libre (T3 L OU FT3)), 1207 (THYROXINE LIBRE (T4 L OU FT4)) , 1208 (T.S.H.) , 1209 (T3 LIBRE + T4 LIBRE), 1210 (T.S.H. + T3 LIBRE) , 1211 (T.S.H. + T4 LIBRE), 1212 (T.S.H. + T3 LIBRE + T4 LIBRE)

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	86%	≥ 93%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	69%	≥ 77%	10 patients	30

		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	39%	≥ 61%	10 patients	30
		Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	80%	≥ 95%	10 patients	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie **et** d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	6%	≥ 14%	10 patients	30
	Risque CV	Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	80%	≥ 95%	10 patients	20
		Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	51%	≥ 61%	5 patients	30
		Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	88%	≥ 95%	5 patients	30
Total						220
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	58%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de	38%	≥ 75%	10 patients	20

		vaccination et vaccinés				
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	71%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	62%	≥ 80%	20 patientes	40
		Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	40%	≥ 70%	20 patients	55
	Iatrogénie	Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits	4%	0%	10 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	33%	≤ 24%	5 patients	35
		Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	11%	≤ 7%	5 patients	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	25	14	20 patients	35
		Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones).	36%	≤ 27%	10 patients	35
	Conduites addictives	Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	60%	≥ 75%	10 patients	20
		Part des patients MT alcooliques	60%	≥ 75%	10	20

		ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier			patients	
Total						390
Efficience	Prescription dans le répertoire	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	92%	≥ 97%	30 boîtes	50
		Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 92%	130 boîtes	45
		Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	71%	≥ 94%	20 boîtes	30
		Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	62%	≥ 86%	20 boîtes	30
		Indice global de prescription dans le reste du répertoire-	A déterminer selon les règles définies à l'article 27.5.			10
	Prescription de biosimilaires	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	15%	≥ 20%	20	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	90%	≥ 94%	10 patients	45
		Part des patients MT diabétiques traités par metformine	87%	≥ 93%	10 patients	45
		Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	97%	≥ 99%	10 patients	45
Total						330

Article 2.2 Indicateurs pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ».
Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes[2] ont été réalisés et facturés par le spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires au cours des deux années civiles précédentes.

[2] Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

Ne sont pas pris en compte : les actes de chirurgie ou les actes techniques d'intervention par voie vasculaire portant sur le cœur, les artères ou les veines ; les actes de surveillance sur 24 heures ; les forfaits de cardiologie ou de réanimation ; la réalisation de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire ; les actes de réadaptation.
La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.
Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.
Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

- **Indicateur :** ***Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bétabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans***

Numérateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, AAP et IEC ou sartans.
Dénominateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définitions :
Bêtabloquants : tous les médicaments inclus dans le code ATC2 C07.
Statines : tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravadual®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.
IEC : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09A et C09B.
Sartans : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09C et C09D, y compris les médicaments n'ayant pas d'indication dans le traitement de l'HTA.
Antiagrégants plaquettaires : tous les médicaments inclus dans le code ATC4 B01AC + le code ATC C10BX02 (Pravadual®).
Codes CIM 10 pris en compte: I21, I22, I23, I252, Z034.

- **Indicateur :** ***Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans***

Numérateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants et IEC ou sartans.
Dénominateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par IEC ou sartans.
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Pour cet indicateur portant sur l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (prescription d'un bêtabloquant), sont définis comme bêtabloquants uniquement les médicaments inclus dans les codes ATC C07AB02, C07AB07, C07AB12, C07AG02 (respectivement metoprolol, bisoprolol, nebivolol et carvedilol).
Les patients pris en compte sont ceux bénéficiant d'une ALD n°5 avec code CIM 10 I50 au 31/12 de l'année N-1, et/ou avec antécédent d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

Indicateurs de prévention

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.
Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

- **Indicateur :** ***Part des patients traités par trithérapie anti hypertensive dont un diurétique***

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive comprenant un diurétique
Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 10 patients.
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions : Pour cet indicateur, sont exclus de la patientèle correspondante les patients en ALD n°5 au 31/12 de l'année N-1, avec le code CIM 10 = I50 et/ou avec antécédents d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).
Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).
Sont définis comme diurétiques les molécules avec codes ATC commençant par C03 ainsi que les codes C02LA01, C07B, C07BA02, C07BB, C07BB02 à C07BB52, C07CA03, C07DA06, C09BA01 à BA15, C09DA01 à DA08, C09DX01 et C09XA52.

- **Indicateur :** ***Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et de la kaliémie dans l'année***

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année.
Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive.
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 10 patients.
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définition : Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

- **Indicateur :** ***Part des patients hypertendus ayant bénéficié d'au moins une MAPA ou auto mesure de la PA dans l'année (déclaratif)***

Numérateur : nombre de patients avec au moins une MAPA ou une auto mesure de la pression artérielle.
Dénominateur : nombre de patients hypertendus suivis par le cardiologue.
Période de calcul : année civile.
Seuil minimum : au moins 20 patients.
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle.
Définition : indicateur déclaratif.

- **Indicateur** ***: Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2***

Numérateur : nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2.
Dénominateur : nombre de patient traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2
Période de calcul : 30 mois
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
L'indicateur est calculé en analysant séparément 2 semestres et en leur appariant respectivement le semestre S-3

- **Indicateur :** ***Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l (déclaratif)***

Numérateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM dont le résultat de LDL cholestérol est < 1g/l.
Dénominateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM
Période de calcul : année civile.
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Seuil minimum : au moins 5 patients
Définition : indicateur déclaratif

Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le professionnel concerné et non celles d'autres médecins.
Il est tenu compte des grands conditionnements : une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

- **Indicateur** ***: Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques***

Numérateur : nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques
Dénominateur : nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 20 boîtes de la classe des antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définition : Médicaments des classes ATC C02 « antihypertenseurs », C03« diurétiques », C07 « bêtabloquants », C08 « inhibiteurs calciques » et C09 « médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine.

- **Indicateur :** ***Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques***

Numérateur : nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques
Dénominateur : nombre total de boîtes de statines prescrites
Période de calcul : 12 mois
Seuil minimum : au moins 20 boîtes de la classe des statines
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définition : Sont définis comme statines tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravadual®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

- **Liste des actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante des spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires**

DAQM003 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de la viabilité et/ou de l'ischémie du myocarde
DBQM001 Échographie-doppler transthoracique continue du cœur avec épreuve pharmacologique de stress, pour étude de valvulopathie [valvulopathie]
DEQP001 Électrocardiographie, avec enregistrement événementiel déclenché et télétransmission
DEQP002 Électrocardiographie à haute amplification
DEQP003 Électrocardiographie sur au moins 12 dérivations
DEQP005 Électrocardiographie sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures
DEQP006 Vectocardiographie
DGQM001 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales, des artères iliaques et des artères des membres inférieurs
DGQM002 Échographie-doppler de l'aorte abdominale, de ses branches viscérales et des artères iliaques
DKRP004 Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue
DZQJ001 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie oesophagienne [Échocardiographie-doppler transoesophagienne]
DZQJ006 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, au lit du malade
DZQJ008 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
DZQJ009 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon
DZQJ010 Échographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie oesophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon

DZQJ011 Échographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie oesophagienne, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon
DZQM002 Échocardiographie transthoracique continue avec épreuve de stress sur lit ergométrique
DZQM005 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade
DZQM006 Échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques
EBQM001 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, sans mesure de l'épaisseur de l'intima-média
EBQM002 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec échographie-doppler des artères des membres inférieurs
EBQM003 Échographie-doppler des vaisseaux cervicocéphaliques extracrâniens avec échographie-doppler transcrânienne des vaisseaux intracrâniens
ECQM001 Examen doppler continu des artères des membres supérieurs avec épreuve dynamique [test d'Allen] et manœuvres positionnelles
ECQM002 Échographie-doppler des artères des membres supérieurs
EDQM001 Échographie-doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs
EQQP008 Enregistrement ambulatoire discontinu de la pression intraartérielle par méthode non effractive pendant au moins 24 heures [MAPA] [Holter tensionnel]
EQRP002 Épreuve d'effort sur tapis roulant ou bicyclette ergométrique, avec électrocardiographie discontinue et mesure du débit d'oxygène consommé [VO2]
EQRP008 Épreuve d'inclinaison [Tilt test] avec étude des variations de la pression intraartérielle et de la fréquence cardiaque
EBQM900 Échographie-doppler des artères cervicocéphaliques extracrâniennes, avec mesure de l'épaisseur de l'intima-média.

Thème	**Sous-thème**	**Indicateur**	**Objectif intermédiaire**	**Objectif cible**	**Seuil**	**Nombre de points**
Suivi des pathologies chroniques	*Améliorer le traitement post IDM*	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bétabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	70%	≥ 81%	5 patients	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'IC en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans	72%	≥ 81%	5 patients	35
Prévention	*Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'HTA en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie lorsqu'elle est indiquée*	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	74%	≥ 81%	10 patients	30

	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie anti hypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	92%	≥ 96%	10 patients	30
	Augmenter l'utilisation de la MAPA ou de l'auto mesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60%	≥ 75%	20 patients	30
	Limiter les traitements par clopidrogel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	65%	≤ 56%	5 patients	35
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l chez les patients de moins de 85 ans en post IDM	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65%	≥ 80%	5 patients	30
Efficience	*Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques*	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	89%	≥ 93%	20 boîtes	60
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	75%	≥ 85%	20 boîtes	60
Total						**340**

Article 2.3 Indicateurs pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

La patientèle utilisée est la patientèle dite « correspondante ». Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes[3] ont été réalisés et facturés par le gastro-entérologue ou hépatologue au cours des deux années civiles précédentes.

[3] Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

Ne sont pas pris en compte les actes peu fréquents (moins de 50 actes par an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).
La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins. La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul des 2 indicateurs de prévention suivants :
- pour l'indicateur relatif à la surveillance par coloscopie après exérèse de polypes, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une coloscopie totale ou partielle avec ou sans geste thérapeutique l'année de calcul de l'indicateur
- pour l'indicateur relatif au contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP) après traitement, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer HP et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

- **Indicateur *: Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour cancer colorectal (CCR)***

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les six mois un acte d'imagerie la première année post-chirurgie pour CCR
Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).
Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20.
Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005
Les actes de la CCAM pris en compte pour la surveillance par imagerie des patients opérés d'un CCR sont les suivants : ZCQK004 ; ZCQH001 (scanners abdomino-pelviens) ; ZBQK001 ; ZBQH001 (scanners thoraciques) ZZQK024 ZZQK024 (scanners thoraco-abdomino-pelviens) ; ZCQM006 ; ZCQM008 ; ZCQM004 ; ZCQM005 ; ZCQM010 ; ZCQM001 ; ZCQM002 ; ZCQM011 (échographies abdominales et/ou pelviennes) ; ZZQL016 (TEP).

- **Indicateur *: Part des patients ayant bénéficié, au moins une fois tous les 3 mois, d'un dosage de l'antigène carcino embryonnaire (ACE) la première année suivant une chirurgie pour CCR***

Numérateur : nombre de patients ayant eu au moins une fois tous les 3 mois un dosage de l'ACE, la 1ère année post-chirurgie pour CCR
Dénominateur : nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définitions : Les patients pris en compte sont les patients avec antécédent d'hospitalisation pour cancer colorectal (CCR) au cours des 2 années précédentes (année N-1 ou l'année N-2) (source : PMSI).
Les codes CIM10 pris en compte pour identifier les patients opérés pour CCR sont C18, C19 et C20. Les codes CCAM retenus pour cette identification sont : HHFA026 ; HHFA006 ; HHFA028 ; HJFA007 ; HHFA009 ; HHFA002 ; HJFC031 ; HJFA019 ; HHFA008 ; HHFA021 ; HJFA011 ; HJFC023 ; HHFA018 ; HHFA005 ; HJFA002 ; HJFA012 ; HHFA023 ; HHFA022 ; HJFA004 HHFA014 ; HHFA004 ; HJFA006 HHFA017 ; HHFA030 ; HJFA017 ; HHFA010 ; HHFA029 ; HJFA001; HHFA024 ; HHFA031 ; HJFA005
Le code biologie (NABM) pris en compte pour le dosage ACE est le 7327.

- **Indicateur** ***: Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie***

Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie
Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours.
Période de calcul : 12 mois.
Seuil minimum : au moins 10 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.
Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par acide 5-aminosalicylique (5-ASA) au long cours. Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances de 5-ASA à des dates différentes sur la période de calcul (un an).
Sont définis comme 5-ASA tous les médicaments inclus dans les codes ATC A07EC01 (sulfasalazine), A07EC02 (mesalazine), A07EC03 (olsalazine).
Le code biologie pris en compte pour la protéinurie est le 2004.

- **Indicateur** ***: Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes***

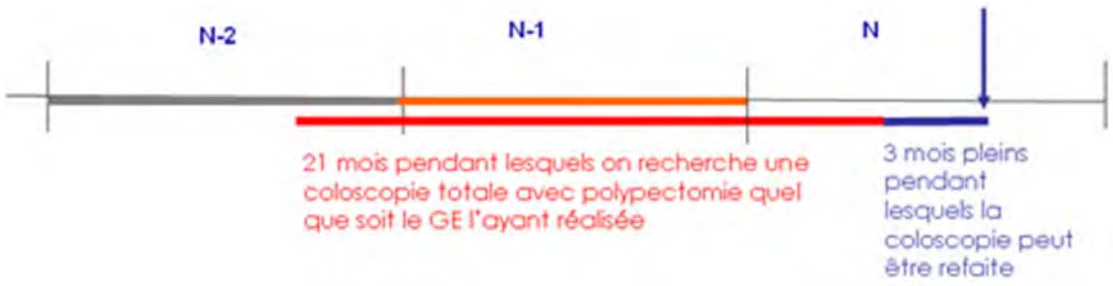
Numérateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes.
Dénominateur : nombre de patients atteints de MICI, traités par azathioprine au long cours.
Période de calcul : 12 mois
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions : Les patients pris en compte sont ceux atteints de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) traités par azathioprine au long cours.
Ces patients sont identifiés par l'existence d'au moins 3 délivrances d'azathioprine à des dates différentes sur la période de calcul (un an).
Sont définis comme azathioprine tous les médicaments inclus dans le code ATC L04AX01 (azathioprine).
Le code biologie pris en compte pour l'hémogramme, y compris les plaquettes, est le 1104.

Indicateurs de prévention

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

- **Indicateur** ***: Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N***

Numérateur : nombre de patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie en année N/N-1/N-2
Dénominateur : nombre des patients ayant eu une coloscopie (totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique) en année N
Période de calcul : 24 mois
Seuil minimum : au moins 20 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle
Définitions : La patientèle dite « correspondante » n'est pas utilisée pour le calcul de cet indicateur. Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux pour lesquels le professionnel a réalisé une coloscopie totale ou partielle, avec ou sans geste thérapeutique, l'année de calcul de l'indicateur (année N). Le calcul s'effectue en recherchant, pour ces patients, les coloscopies totales avec polypectomie ou mucosectomie dont ils ont bénéficié antérieurement, sur une période de 21 mois (cf. schéma ci-dessous), quel que soit le gastro-entérologue les ayant réalisées.



Les actes CCAM retenus pour la détermination du numérateur sont les suivants : HHFE002 ; HHFE004; HHFE006
Les actes CCAM retenus pour la détermination du dénominateur sont les suivants : HHFE001 ; HHFE002 ; HHFE004 ; HHFE005 ; HHFE006 ; HHQE002 ; HHQE004 ; HHQE005 ; HJQE001.

- **Indicateur** ***: Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'Hélicobacter Pylori (HP)***

Numérateur : nombre de patients ayant bénéficié d'un contrôle d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP) par Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU)
Dénominateur : nombre de patients traités pour éradication d'une infection à HP
Période de calcul : 12 mois pour le traitement d'éradication d'HP
Seuil minimum : au moins 5 patients
Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Pour chaque gastro-entérologue, les patients pris en compte sont ceux traités pour éradiquer Helicobacter Pylori et pour lesquels le gastro-entérologue a réalisé une endoscopie diagnostique dans les 3 mois précédant le traitement.
Les patients traités pour éradication d'HP sont identifiés par :
- soit la trithérapie séquentielle, à savoir un traitement associant 1 IPP et 2 antibiotiques parmi les 4 classes d'antibiotiques suivantes : amoxicilline, metronidazole, clarithromycine, tinidazole.
- soit la quadrithérapie bismuthée associant Pylera® et Omeprazole

Sont définis comme antibiotiques tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants : J01CA04 (amoxicilline) hors voie injectable ; P01AB01 (metronidazole) et code cip7=2180420 (Pylera®) ; J01FA09 (clarithromycine) ; P01AB02 (tinidazole)*Le code CCAM de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale diagnostique est HEQE002.
Sont définis comme IPP tous les médicaments inclus dans les codes ATC suivants : A02BC01 (omeprazole) ; A02BC02 (pantoprazole) ; A02BC03 (lansoprazole) ; A02BC04 (rabeprazole) ; A02BC05 (esomeprazole).
Le calcul se fait en recherchant pour ces patients la réalisation d'un Test Respiratoire à l'Urée marquée (TRU) dans les 4 mois suivant la fin du traitement (quel que soit le prescripteur du traitement et du test). Le code biologique retenu est le 5234 (analyse des 2 échantillons d'air expiré).

- **Indicateur *: Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif (déclaratif)***

Numérateur : nombre de patients pour lesquels un adénome a été détecté au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles
Dénominateur : nombre de patients ayant bénéficié d'une coloscopie totale pour un test de recherche de sang occulte positif.
Période de calcul : année civile
Seuil minimum : au moins 10 patients
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définition : indicateur déclaratif

<u>Indicateurs d'efficience</u>

- **Indicateur *: Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique (déclaratif)***

Numérateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie.
Dénominateur : nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie.
Période de calcul : année civile
Seuil minimum : au moins 20 patients
Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle
Définition : indicateur déclaratif

Liste des actes de la CCAM retenus dans le calcul de la patientèle dite « correspondante des spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie
Endoscopies OGD diagnostiques :
HEQE002 Endoscopie œso-gastro-duodénale

HGQE002 Duodénoscopie par appareil à vision latérale
HEQE005 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, après l'âge de 6 ans
HEQE003 Endoscopie œso-gastro-duodénale avec test à l'uréase, avant l'âge de 6 ans
HEQE004 Endoscopie œso-gastro-duodénale peropératoire

Actes thérapeutiques réalisés sous endoscopie OGD :

HEFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE002 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie
HMLE002 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HEAE003 Dilatation antérograde de l'œsophage, par fibroscopie
HMQH007 Cholangiographie rétrograde, par œso-gastro-duodénoscopie
HEFE001 Exérèse d'un polype de 1cm et plus de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HESE002 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HEGE002 Ablation de corps étranger de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMPE001 Section du versant biliaire du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie biliaire endoscopique]
HELE002 Pose d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HEFE003 Séance de mucosectomie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HMGE001 Ablation d'endoprothèse biliaire et/ou pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HGLE001 Pose d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HENE004 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac sans laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HMQH003 Cholangiographie rétrograde avec infundibulotomie [ponction diathermique de l'infundibulum biliaire] ou précoupe de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HMKE001 Changement d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HNLE001 Pose d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HEGE003 Ablation d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HZHE002 Biopsie et/ou brossage cytologique de la paroi du tube digestif ou de conduit biliopancréatique, au cours d'une endoscopie diagnostique
HMLE003 Pose de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
HMAE002 Dilatation rétrograde de conduit biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie
HNQH003 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HFKE001 Changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par œso-gastro-duodénoscopie
HMNE001 Lithotritie mécanique des conduits biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
HESE001 Hémostase de lésion de l'œsophage, de l'estomac et/ou du duodénum avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie
HFAE001 Dilatation du pylore, par œso-gastro-duodénoscopie
HENE002 Séance de destruction de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie

EHNE002 Sclérose et/ou ligature de varices œsogastriques en période hémorragique, par endoscopie
HFLE001 Pose d'une sonde gastrique, duodénale ou jéjunale, par œso-gastro-duodénoscopie
HMQH005 Cholangiopancréatographie rétrograde sans manométrie oddienne, par œso-gastro-duodénoscopie
HGNE001 Séance de destruction de lésion du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HEKE001 Changement d'une endoprothèse de l'œsophage, par endoscopie
HNGE001 Ablation de calcul pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HNKE001 Changement d'une endoprothèse du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HNCE001 Anastomose entre un faux kyste du pancréas et l'estomac ou le duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie sans guidage [Kystogastrostomie ou kystoduodénostomie endoscopique]
HNPE002 Section du versant pancréatique du muscle sphincter de l'ampoule hépatopancréatique [sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie [Sphinctérotomie pancréatique endoscopique]
HGGE001 Ablation d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HGFE005 Exérèse de la papille duodénale majeure, par œso-gastro-duodénoscopie
HMKE002 Changement de plusieurs endoprothèses biliaires, par œso-gastro-duodénoscopie
HMAE001 Dilatation de l'ampoule hépatopancréatique [du sphincter d'Oddi], par œso-gastro-duodénoscopie
HNAE001 Dilatation du conduit pancréatique, par œso-gastro-duodénoscopie
HGKE001 Changement d'une endoprothèse du duodénum, par œso-gastro-duodénoscopie
HNPE003 Sphinctérotomie de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodénoscopie
HMQH002 Cholangiopancréatographie rétrograde avec manométrie oddienne, par œso-gastro-duodénoscopie
HNQH001 Pancréatographie rétrograde par cathétérisme de la papille duodénale mineure [papille accessoire], par œso-gastro-duodénoscopie
HMGH001 Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HMLH001 Pose d'une endoprothèse biliaire, par œso-gastro-duodénoscopie et par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radiologique
HENE001 Séance de destruction photodynamique de lésion de l'œsophage et/ou de l'estomac avec laser, par œso-gastro-duodénoscopie

Coloscopies diagostiques :

HHQE005 Coloscopie totale avec visualisation du bas-fond cæcal, sans franchissement de l'orifice iléocolique
HHQE002 Coloscopie totale, avec franchissement de l'orifice iléocolique
HJQE001 Rectosigmoïdoscopie
HHQE004 Coloscopie partielle au-delà du côlon sigmoïde
HHQE003 Exploration complète du côlon après colectomie droite, par endoscopie
HHQE001 Coloscopie peropératoire

Actes thérapeutiques réalisés sous coloscopie :

HHFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale
HHFE004 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par coloscopie totale

HHFE006 Séance de mucosectomie recto colique, par endoscopie
HHFE001 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHSE002 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par coloscopie totale
HHFE005 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus du côlon et/ou du rectum, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHNE001 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par coloscopie totale
HHAE001 Dilatation d'une sténose du côlon et/ou du rectum, par endoscopie
HHNE002 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par coloscopie totale
HHSE004 Hémostase de lésion du côlon sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHJE001 Exsufflation du côlon, par endoscopie
HHLE005 Pose d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie
HHNE003 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHNE004 Séance de destruction de lésion du côlon et/ou du rectum sans laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHSE003 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par coloscopie totale
HHSE001 Hémostase de lésion du côlon avec laser, par rectosigmoïdoscopie ou par coloscopie partielle
HHEE001 Détorsion d'un volvulus du côlon, par endoscopie
HHGE002 Ablation de corps étranger du côlon et/ou du rectum, par endoscopie
HHGE010 Ablation d'une endoprothèse du côlon, par coloscopie

Echographie de l'appareil digestif :

ZCQM006 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen
ZCQM008 Échographie transcutanée de l'abdomen
ZCQM004 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
ZCQM005 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis]
ZCQM010 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis]
ZCQM001 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
HLQM001 Échographie transcutanée du foie et des conduits biliaires
ZCQM002 Échographie transcutanée de l'abdomen, avec échographie transcutanée du petit bassin [pelvis] et échographie-doppler des vaisseaux digestifs
HZQM001 Échographie transcutanée du tube digestif et/ou du péritoine
HJQJ003 Échographie du rectum et de l'anus, par voie rectale et/ou vaginale [par voie cavitaire]
ZCQM011 Échographie transcutanée de l'étage supérieur de l'abdomen et du petit bassin [pelvis] avec échographie-doppler des vaisseaux digestifs
YYYY172 Échographie et/ou échographie doppler de contrôle ou surveillance de pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intra pelviens, ou de vaisseaux périphériques
ELQM001 Échographie-doppler des vaisseaux digestifs

Echoendoscopie :

HMQJ001 Échoendoscopie biliopancréatique sans biopsie

HJQJ002 Échoendoscopie anorectale sans biopsie
HMQJ002 Échoendoscopie biliopancréatique avec biopsie transbiliopancréatique guidée
HEQJ001 Échoendoscopie œsogastrique sans biopsie
HHQJ002 Échoendoscopie colique sans biopsie
HEQJ002 Échoendoscopie œsogastrique avec biopsie transœsogastrique guidée
HJQJ001 Échoendoscopie anorectale avec biopsie transanorectale guidée
HGQJ002 Échoendoscopie duodénale sans biopsie
HGQJ001 Échoendoscopie duodénale avec biopsie transduodénale guidée

Actes de traitement des hémorroides :

EGNP001 Séance de traitement instrumental des hémorroïdes par procédé physique
EGFA007 Excision d'une thrombose hémorroïdaire
EGJA001 Évacuation d'une thrombose hémorroïdaire externe
EGSP001 Séance de ligature élastique des hémorroïdes
EGFA002 Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse avec anoplastie muqueuse postérieure et sphinctérotomie [léiomyotomie] interne
EGFA005 Résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
EGLF002 Séance d'injection sclérosante des hémorroïdes
EHNE001 Séance de sclérose et/ou de ligature de varices œsogastriques en dehors de la période hémorragique, par endoscopie
EGED001 Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale
EGFA001 Hémorroïdectomie pédiculaire semifermée ou fermée
EGFA003 Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse
HKFA006 Excision d'une fissure anale, avec anoplastie muqueuse et résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
HJFD005 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculeuse par voie anale, avec hémorroïdectomie pédiculaire
HKPA002 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé
HKPA001 Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse

Actes de traitement de lésions anales et périnéales :

HKFA008 Destruction et/ou exérèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus
HKND001 Destruction d'une papillomatose extensive de l'anus
HKFA001 Destruction et/ou exérèse de tumeur bénigne du canal anal
HKFA005 Excision d'une fissure et/ou d'une sténose anale, avec anoplastie muqueuse
HJAD001 Dilatation ou incision de sténose anorectale
HKPA004 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule bas de l'anus [transsphinctérien inférieur] en un temps, par fistulotomie ou fistulectomie
HKPA007 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par anse souple
QBFA007 Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier
HKFA004 Excision d'une fissure anale [Fissurectomie anale]
HKPA005 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule intersphinctérien haut [intramural] de l'anus
HKPA006 Incision d'abcès de la région anale
HKLB002 Injection sousfissuraire et/ou intrasphinctérienne de l'anus
HJGD001 Ablation de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale
HKPA003 Sphinctérotomie interne [Léiomyotomie] latérale de l'anus
HKFA002 Résection d'une fissure anale infectée

HTRD001 Séance de rééducation anorectale avec rétrocontrôle [biofeedback] manométrique intracavitaire, sans électrostimulation
HKPA008 Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec lambeau d'avancement
HKFA007 Exérèse de tumeur maligne du canal anal et/ou de l'anus
HKHA001 Biopsie de lésion de la région périanale et/ou du canal anal
QBFA004 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur moins de 30 cm²
QBFA002 Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm²
JZNP003 Destruction de 51 lésions périnéales ou plus, ou de lésion périnéale de plus de 30 cm²
HKFA009 Sphinctéromyectomie de l'anus, par abord anal
JZNP001 Destruction de 10 à 50 lésions périnéales
JZNP002 Destruction de moins de 10 lésions périnéales
HKMA001 Plastie cutanée de la marge de l'anus
HKQE001 Anuscopie
HKCA004 Suture de plaie de l'anus, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus
HJCD002 Suture de plaie du rectum par voie anale, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus

Autres actes dont la fréquence annuelle est ≥ 50 actes/an :

FEJF003 Saignée thérapeutique
HGQD002 Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée
HTQD002 Manométrie anorectale
HPJB001 Évacuation d'un épanchement intrapéritonéal, par voie transcutanée
HEQD003 Manométrie œsophagienne
HGQE003 Entéroscopie jéjunale [Jéjunoscopie]
HEQD002 pH-métrie œsophagienne et/ou gastrique sur 24 heures
HFCB001 Gastrostomie, par voie transcutanée avec guidage endoscopique
HEQH002 Radiographie œso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste [Transit œso-gastro-duodénal]
HHQH001 Radiographie du côlon avec opacification par produit de contraste
HPHB003 Ponction d'un épanchement péritonéal, par voie transcutanée
HGQE005 Entéroscopie iléale [Iléoscopie]
HGQH002 Radiographie de l'intestin grêle avec ingestion de produit de contraste [Transit du grêle]
HQQP001 Analyse informatisée de la déglutition
HLHJ003 Biopsie non ciblée du foie, par voie transcutanée avec guidage échographique
HLQM002 Mesure de l'élasticité du foie par élastographie impulsionnelle ultrasonore
HTQH002 Défécographie [Rectographie dynamique]
HJQD001 Examen du rectum sous anesthésie générale, par voie anale
HFKD001 Changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage
HLHJ006 Biopsie du foie sur une cible, par voie transcutanée avec guidage échographique
HJFD001 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculeuse par voie anale, avec anoplastie muqueuse postérieure
HLHB001 Biopsie du foie, par voie transcutanée sans guidage
HJFD004 Résection de la muqueuse rectale avec plicature hémicirconférentielle antérieure de la musculeuse, par voie anale

HEQH001 Radiographie de l'œsophage avec opacification par produit de contraste [Transit œsophagien]
HJFD002 Exérèse de tumeur du rectum, par voie anale
HLHJ004 Ponction de collection hépatique, par voie transcutanée avec guidage échographique
HGFE002 Exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1cm de diamètre de l'intestin grêle, par iléoscopie
HEAH001 Dilatation de l'œsophage, avec guidage radiologique
HGAE001 Dilatation d'une sténose iléale, par iléoscopie
HKSD001 Hémostase secondaire à un acte sur l'anus
HJHD002 Biopsie de la musculeuse du rectum, par voie anale
HGFE001 Exérèse d'un polype de plus de 1cm de diamètre ou de 4 polypes ou plus de l'intestin grêle, par iléoscopie
HJSD001 Hémostase secondaire à un acte sur le rectum
HJFA008 Résection circonférentielle de la muqueuse d'un prolapsus rectal et plicature de la musculeuse, par abord périnéal
HGSE001 Hémostase de lésion intestinale sans laser, par jéjunoscopie
QBPA001 Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté
HGQE001 Entéroscopie jéjunale avec entéroscopie iléale

Thème	Sous-thème	Indicateur	Objectif intermédiaire	Objectif cible	Seuil minimal	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	82%	≥ 92%	5 patients	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	33%	≥ 50%	5 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	53%	≥ 71%	10 patients	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de LICI traités par Azathioprine	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	82%	≥ 92%	5 patients	30

Prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	1,6%	≤ 0,7 %	20 patients	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicabacter Pylori (HP)	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	67%	≥77%	5 patients	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	20%	≥ 25%	10 patients	35
Efficience	Transmission par le GE au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Part des patients ayant eu une polypectomie par coloscopie pour lesquels il y a eu transmission au MT des résultats et du délai de contrôle coloscopique	85%	≥ 95%	20 patients	30
Total						300

ANNEXE 16. REMUNERATIONS SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Conformément aux dispositions de l'article 27 de la présente convention, le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique est défini, au titre de l'année 2016, dans les conditions figurant dans la convention approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 et reprises dans la présente annexe.

Article 1 Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier ce choix par lettre recommandée avec accusé de réception à la caisse au moment de leur adhésion à la convention, dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention, ou les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés. Dans le cadre de la mise en place des indicateurs relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficience pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires, et pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, ces derniers disposent d'un délai d'un mois suivant la publication au Journal officiel de l'avenant, ou d'un mois suivant leur installation pour les nouveaux installés, pour indiquer qu'ils ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire définie par ledit avenant. En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la rémunération sur objectifs de santé publique y compris du volet organisation du cabinet et la qualité de service.

Ensuite, à tout moment, le médecin ayant choisi initialement de ne pas bénéficier de ces rémunérations complémentaires peut revenir sur ce choix en s'adressant à sa caisse.

L'ensemble des médecins libéraux est concerné par les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service (cf. article 1.2 de la présente annexe).

Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, à la santé publique et à l'efficience concernent dans un premier temps les médecins traitants, les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie. Afin de les mesurer, des seuils minimaux d'activité sont constitués d'un nombre minimal de patients suivis, ou d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés.

Certains indicateurs correspondent à des données déclaratives de résultats de mesures ou de dosages biologiques. La prise en compte de ces indicateurs pour la valorisation de l'activité est conditionnée à la capacité du médecin de tenir à jour ces données dans le dossier patient.

Pour les médecins traitants, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) de l'ensemble des régimes d'assurance maladie à la date de mise en œuvre du dispositif. Elle est réévaluée chaque année à date anniversaire du début du dispositif. Pour les spécialistes en cardiologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.4 de la présente annexe) ont été réalisés par ces médecins sur les 2 années civiles précédant la date de mise en œuvre du dispositif. Cette patientèle de référence est actualisée au début de chaque année civile. Pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est constituée des patients de l'ensemble des régimes pour lesquels au moins deux actes (à l'exclusion des actes définis à l'article 2.5 de la présente annexe) ont été réalisés

par ces médecins sur les 2 années civiles précédents la date de mise en œuvre du dispositif. Les indicateurs sont calculés sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire. Ce nouveau mode de rémunération des médecins valorisant l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient a vocation à s'appliquer aux médecins traitants, aux spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et aux spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, puis à s'étendre à toutes les spécialités par avenants à la présente convention afin de prendre en compte la spécificité de pratique des différentes spécialités cliniques et techniques et d'adapter les indicateurs susceptibles d'être retenus ainsi que les modalités de calcul.
Il est donc indispensable d'engager préalablement une expertise sur la pertinence des indicateurs et leurs modalités de calcul.
Les partenaires s'engagent à conclure des avenants dans ce cadre.

Article 1.1. La valorisation de la qualité des pratiques

Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques.
Les différents indicateurs retenus couvrent deux grandes dimensions de la pratique médicale :

- l'organisation du cabinet et la qualité de service,
- la qualité de la pratique médicale.

L'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet bénéficient à l'ensemble des médecins à l'exception de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients.
Pour ce dernier indicateur le nombre de points sera pondéré selon le volume de la patientèle réelle.
Les indicateurs mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.
La tenue d'un dossier médical actualisé pour chaque patient doit permettre de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens para cliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre-indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.
Les indicateurs mesurent l'utilisation de l'équipement informatique afin de valoriser le déploiement des Technologies de l'Information et de Communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie via la télétransmission et les téléservices et à des fins médicales.
Les partenaires souhaitent favoriser la communication à destination des patients sur l'organisation du cabinet afin de faciliter l'accès aux soins. Dans ce cadre, ils s'engagent à transmettre à la CPAM les données nécessaires afin de mettre en ligne, sur le site d'information de l'assurance maladie, les horaires d'ouverture du cabinet, les plages de consultations avec et sans rendez-vous, et les informations sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap. L'indicateur mesure la réservation de plages d'accès sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des patients.

Par ailleurs, les médecins traitants élaborent, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé.

La qualité de la pratique médicale

Les indicateurs mesurent l'implication des médecins dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle, l'optimisation des prescriptions en privilégiant la prescription dans le répertoire des génériques et en préférant des molécules à efficacité comparable moins onéreuse.
Les indicateurs sont fixés en cohérence avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que les recommandations internationales afin d'être adaptés aux données acquises de la science.
La révision des indicateurs peut faire l'objet d'avenants à la présente convention afin de tenir compte de l'évolution des données acquises de la science. A ce titre, d'autres indicateurs pourront être adoptés par avenants à la présente convention.

Article 1.2. Le fonctionnement du dispositif

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants :

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service

Champs	Indicateurs
organisation du cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié *
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli** des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients

* ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte-rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP.
** dés lors que le service sur ameli sera opérationnel.

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins traitants

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	54%	≥ 65%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80%	≥ 90%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	60%	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80%	≥ 90%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	65%	≥ 80%	10 patients
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	68%	≥ 80%	10 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	65%	≥75%	10 patients
		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage ou anticoagulant, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	52%	≥ 65 %	10 patients
	Hypertension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	50%	≥ 60 %	20 patients
La prévention	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	62%	≥ 75 %	20 patients
		Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	62%	≥ 75 %	10 patients
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	70%	≥ 80 %	20 patients
	Vasodilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	7%	≤ 5 %	20 patients

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Benzodiazépines à demi-vie longue	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	11%	≤ 5 %	20 patients
	Durée de traitement par benzodiazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD.	13%	≤ 12 %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	65%	≥ 80 %	20 patientes
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD. L'indicateur s'exprime en nombre de prescriptions d'antibiotiques pour 100 patients et par an.	40	≤ 37	20 patients
L'efficience	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	85%	≥ 90%	40 boites
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	68%	≥ 85%	35 boites
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	46%	≥ 70%	30 boites
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	64%	≥65%	130 boites
	Anti-dépresseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	75%	≥80%	30 boites

Thèmes	Sous thèmes	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	IEC	Prescription (en nb de boîtes) d'IEC / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	45%	≥65%	50 boites
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	84%	≥ 85%	10 patients

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs intermédiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post infarctus du myocarde (IDM)	Nombre de patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, et IEC ou sartans / Nombre de patients avec antécédent d'infarctus du myocarde dans les 2 ans précédents	75%	80%	5 patients
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque[4] traités par bêtabloquants, diurétiques, et IEC ou sartans / Nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par diurétiques et IEC ou sartans	75%	80%	5 patients

[4] les patients sont ceux en ALD n°5 avec code CIM 10 = I 50 ou avec antécédent d'hospitalisation avec le diagnostic principal d'insuffisance cardiaque (code CIM10 = I50) sur les deux années civiles précédentes.

La prévention	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie, lorsqu'elle est indiquée	Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive dont un diurétique / Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive	82%	90%	10 patients
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie antihypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année / Nombre de patients sous trithérapie antihypertensive	86%	90%	10 patients
	Augmenter l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'HTA	Nombre de patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la pression artérielle / Nombre de patients hypertendus dans la patientèle	55%	70%	20 patients
	Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor au-delà de 12 mois	Nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2 / Nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2	65%	40%	5 patients
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g / l chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde	Nombre de patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1 g/l / Nombre de patients de moins de 85 ans en post IDM	45%	60%	5 patients

L'efficience	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques / Nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites	74%	80%	20 boites
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques / Nombre total de boîtes de statines prescrites	65%	70%	20 boites
(1) Les patients sont ceux en ALD no 5 avec code CIM 10 = I 50 ou avec antécédent d'hospitalisation avec le diagnostic principal d'insuffisance cardiaque (code CIM 10 = I 50) sur les deux années civiles précédentes.					

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs inter-médiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
Le suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour CCR	50%	80%	5 patients
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	Nombre de patients ayant eu, au moins 1 fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour cancer colorectal / Nombre de patients ayant eu une chirurgie pour cancer colorectal	25%	50%	5 patients
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	Nombre de patients atteints de MICI, traités par 5-ASAau long cours, ayant bénéficié d'au moins 1 dosage par an de la protéinurie / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par 5-ASA au long cours	10%	40%	10 patients

Thèmes	Objectifs	Indicateurs	Objectifs inter-médiaires	Objectifs Cibles	Seuil minimal requis pour la prise en compte de l'indicateur
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par Azathiroprine	Nombre de patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes / Nombre de patients atteints de MICI sous traitement par Azathioprine au long cours	75%	90%	5 patients
La prévention	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale.	Nombre de patients ayant eu une coloscopie totales avec polypectomie ou mucosectomie réalisées en année N / N-1 / N-2 / nombre de patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N.	2,1%	1,3%	20 patients
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP)	Nombre de patients avec contrôle d'éradication d'HP par TRU / Nombre de patients traités pour éradication d'HP	25%	50%	5 patients
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	Nombre de patients avec détection d'un adénome au cours d'une coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles / Nombre de patients ayant une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	15%	20%	10 patients
L'efficience	Transmission par le GE au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie avec transmission au médecin traitant des résultats et du délai de contrôle par coloscopie / Nombre de patients ayant eu une polypectomie par coloscopie	80%	90%	20 patients

Les objectifs intermédiaires figurant dans les tableaux ci-dessus sont fixés pour l'année 2012. Les partenaires conviennent d'effectuer un bilan à la fin de l'année 2012 sur la distribution constatée des médecins au regard des différents indicateurs de qualité de la pratique médicale afin de réviser, si nécessaire, par avenant, les objectifs intermédiaires fixés pour l'année 2012.

Les parties signataires s'accordent pour faire entrer le dispositif en vigueur au 1er janvier 2012. Les rémunérations afférentes sont calculées par année glissante.

Article 1.3. Le contenu de la rémunération

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1300 points pour les médecins traitants, 590 points pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et 550 points pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie
Pour chaque thème d'indicateur et par indicateur le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	75
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	150
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultation et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50
	TOTAL	400

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins traitants.

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Nombre de dosages de l'HbA1c	30
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8,5%	15
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5 %	25
	Résultats du dosage de LDL < 1,5 g/l	10
	Résultats du dosage de LDL < 1,3 g/l	25
	Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35
	Résultats de la mesure de la pression artérielle	40
	TOTAL	250

Indicateurs de prévention et de santé publique et prévention	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20
	Dépistage du cancer du sein	35
	Vasodilatateurs	35
	Benzodiazépines à demi-vie longue	35
	Durée de la prescription des benzodiazépines	35
	Dépistage cancer du col de l'utérus	35
	Usage pertinent de l'antibiothérapie	35
	TOTAL	250
Indicateurs d'efficience	Prescriptions dans le répertoire d'Antibiotique	60
	Prescriptions dans le répertoire d'Inhibiteurs de la pompe à protons	60
	Prescriptions dans le répertoire de Statines	60
	Prescriptions dans le répertoire d'Antihypertenseurs	55
	Prescriptions dans le répertoire d'Antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC + sartans	55
	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	400

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

Thème	Objectifs	Nombre de points
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post infarctus du myocarde (IDM)	30
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	35
	TOTAL	65
Indicateurs de prévention et de santé publique	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie, lorsqu'elle est indiquée	30
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie antihypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatininémie et de la kaliémie est réalisé	30
	Augmenter l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'HTA	30
	Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel, ou ticagrelor, au-delà de 12 mois	35
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1 g/l chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde	30
	TOTAL	155
Indicateurs d'efficience	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	60
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	60
	TOTAL	120

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale pour les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Thème	Objectifs	Nombre de points
Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Améliorer la surveillance par imagerie des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer la surveillance par dosage biologique (ACE) des patients opérés d'un cancer colorectal	30
	Améliorer le suivi biologique (protéinurie) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par 5-ASA	30
	Améliorer le suivi biologique (NFS-plaquettes) des patients atteints de maladie inflammatoire chronique (MICI) traités par	30

	Azathiroprine	
Indicateurs de prévention et de santé publique	Améliorer la surveillance par coloscopie des patients après exérèse ou mucosectomie de un ou plusieurs polypes par coloscopie totale.	80
	Améliorer le contrôle par test respiratoire à l'urée marquée (TRU) après traitement d'éradication d'Helicobacter Pylori (HP)	35
	Qualité de la coloscopie totale réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé)	35
Indicateurs d'efficience	Transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie	30

La valeur du point est fixée à 7 €.
Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques, le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un médecin traitant et un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et une patientèle moyenne de 1100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie et pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.
Ainsi, pour un médecin généraliste ayant une patientèle de 800 patients et qui obtient, pour chaque indicateur, un taux de réalisation de 100 % de l'objectif, la rémunération à la performance correspond à 1 300 points, soit une rémunération par patient de 11,4 €.
Les parties conventionnelles conviennent de soutenir la première installation en libéral en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans, selon des modalités définies à l'article 2 de la présente annexe.
Par ailleurs, elles conviennent d'examiner la possibilité d'adapter les modalités de ces rémunérations pour tenir compte des conditions d'exercice des praticiens exerçant dans les zones urbaines sensibles.
Les médecins adhérant à la présente convention mettent, en cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.
Des objectifs de santé publique concernant la patientèle de moins de 16 ans (par exemple la tenue du calendrier vaccinal) pourraient être définis dans une prochaine étape.
Les parties signataires s'engagent à mettre en place par voie d'avenant une rémunération à la performance pour d'autres spécialités médicales dont l'exercice et les indicateurs le justifient notamment pour les endocrinologues, et les pédiatres.

Article 1.4. Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est organisé au moyen d'un système de points attribués à chaque objectif en fonction de la réalisation ou non de l'objectif. Chaque module d'indicateurs est indépendant des autres.
Pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients, à l'exception de l'indicateur relatif au volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé.

Pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale à savoir le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience, le nombre de points attribués est dépendant du nombre de patients. Pour les médecins généralistes, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) affiliée au régime général hors sections locales mutualistes, dans l'attente de la mise à disposition des données par les autres régimes d'assurance maladie obligatoire. Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle tous régimes. Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé à chaque date anniversaire. Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont dénombrés quel que soit leur régime d'affiliation.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0),
- l'objectif intermédiaire du médecin est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur,
- l'objectif cible du médecin est déterminé selon l'indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins.

Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques, à la prévention ou à l'efficience et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 1.2 de la présente annexe à savoir :

- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage de l'HbA1c chez les diabétiques de type 2 ;
- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage du LDL cholestérol chez les diabétiques de type 2 ;
- et l'indicateur de résultat de pression artérielle chez les patients traités par antihypertenseurs ;

Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires :

- l'indicateur d'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'hypertension artérielle ;
- l'indicateur portant sur le taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde ;

Pour les spécialistes en gastroentérologie et hépatologie :

- l'indicateur portant sur la qualité de la coloscopie réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé) ;
- l'indicateur portant sur la transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie.

La situation médicale initiale du médecin n'étant pas connue au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation, le niveau initial du médecin est défini par défaut à 0 %.

Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées à l'article 2 de la présente annexe.

Article 1.5. Le suivi du dispositif

Suivi du dispositif

Les Commissions paritaires nationale, régionales et locales assurent régulièrement le suivi du dispositif de rémunération à la performance.

Elles analysent les évolutions de pratique constatées et proposent les actions susceptibles d'améliorer les pratiques dans leur ressort géographique, dans le respect des données acquises de la science.

Suivi individuel du médecin

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif, et lors de l'installation des médecins, la caisse communique à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.
A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour tout élément d'information.

Article 2 Rémunération sur objectifs de sante publique

Article 2.1 Modalités de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service

Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres et ne tient pas compte de la taille de la patientèle, à l'exception de l'indicateur « synthèse annuelle ».

La rémunération est calculée pour chaque indicateur.

La mesure de l'indicateur est effectuée sur la base d'un justificatif pour les 4 premiers indicateurs et de la mise à disposition d'une synthèse annuelle par patient pour le dernier.

L'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients est pondéré en fonction de la patientèle réelle du médecin traitant.
En cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives sont mis à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.
L'ensemble des indicateurs du socle organisation et qualité de service est déclenché selon les conditions préalables suivantes :

- disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publiée par le GIE SESAM-Vitale. La télétransmission de feuilles de soins électroniques conformes à ce cahier des charges atteste de la conformité de l'équipement ;
- atteindre un taux prédéterminé de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3.

Pour le calcul de ce taux de télétransmission, sont exclus du champ les actes facturés pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de trois mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient, et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

Article 2.2 Mesure de la progression et de l'atteinte des objectifs pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques

La rémunération complémentaire, valorisant l'engagement des médecins sur des objectifs de santé publique et d'efficience, tient compte de la progression et de l'atteinte des objectifs du dispositif.

Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :
- le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou au moment de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0),
- l'objectif intermédiaire est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins,
- l'objectif cible fixé par la convention, est déterminé selon les cas en tenant compte de la loi de santé publique, des recommandations des autorités sanitaires (HAS, AFSSAPS) ou de comparaisons internationales. Il est commun à l'ensemble des médecins.
Pour les indicateurs de qualité de la pratique médicale relatifs au suivi des pathologies chroniques, à la prévention ou à l'efficience et portant sur des données déclaratives de suivi clinique définis à l'article 1.2 de la présente annexe à savoir :
- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage de l'HbA1c chez les diabétiques de type 2,
- les deux indicateurs portant sur les résultats de dosage du LDL cholestérol chez les diabétiques de type 2,
- et l'indicateur de résultat de pression artérielle chez les patients traités par antihypertenseurs,

Pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires :
- l'indicateur d'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'hypertension artérielle ;
- l'indicateur portant sur le taux de LDL cholestérol chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde ;

Pour les spécialistes en gastroentérologie et hépatologie :
- l'indicateur portant sur la qualité de la coloscopie réalisée après test positif de recherche de sang occulte dans les selles (réalisé dans le cadre du dépistage organisé) ;
- l'indicateur portant sur la transmission par le médecin spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie au médecin traitant (MT), des résultats et du délai de contrôle coloscopique après polypectomie par coloscopie.

la situation médicale initiale du médecin n'étant pas connue au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation, le niveau initial du médecin est défini par défaut à 0 %.

A chaque date anniversaire, après l'entrée en vigueur du dispositif (T0), le niveau du médecin est constaté pour chaque indicateur pour l'année qui vient de s'écouler.
Afin de prendre en compte la progression et l'atteinte des objectifs, un taux de réalisation de l'objectif est calculé pour chaque indicateur.

- <u>Mode de calcul du taux de réalisation annuel par indicateur</u>

Le taux de réalisation est calculé comme suit :

Cas n° 1 : le niveau constaté est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé, sans toutefois pouvoir excéder 50 %.
Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% * \frac{niveau\ constaté - niveau\ initial}{objectif\ intermédiaire - niveau\ initial}$$

Ainsi, dans ce cas, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0 % (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation, au regard de son niveau initial à la date d'entrée en vigueur du dispositif) et 50 % (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire)

Cas n° 2 : le niveau constaté est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire, le taux de réalisation est proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire, majoré de 50 %.
Le taux de réalisation annuel du médecin sur l'indicateur est calculé comme suit :

$$Taux\ de\ réalisation = 50\% + 50\% * \frac{niveau\ constaté - objectif\ intermédiaire}{objectif\ cible - objectif\ intermédiaire}$$

Ainsi, le taux de réalisation dans ce cas, est compris entre 50 % (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100 % (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Cas particulier : pour les indicateurs relatifs aux vasodilatateurs, aux benzodiazépines et aux antibiotiques dont l'objectif est décroissant, le rapport est inversé.

- Mode de calcul du nombre de points par indicateur

Chaque indicateur est valorisé par un nombre de points maximum correspondant à l'atteinte de l'objectif cible, soit un taux de réalisation annuel de 100 %.

Ainsi, le nombre de points calculé par indicateur pour le médecin est obtenu, à partir de son taux de réalisation annuel par indicateur, appliqué au nombre de points maximum de l'indicateur concerné.

Pour un indicateur, valorisé d'un nombre maximum de 20 points, un taux de réalisation par le médecin de 25 % pour cet indicateur correspond à un nombre de points de :
20 x 25 % = 5 points

Lorsque le nombre de points n'est pas une valeur entière, le nombre est arrondi au centième.

- Pondération de la patientèle

Le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un médecin généraliste traitant et pour un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et de 1100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie. Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour certains indicateurs (organisation du cabinet pour les médecins traitants et indicateurs portant sur la qualité des pratiques), le nombre de points calculé par indicateur est pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Au total la rémunération est calculée ainsi :
Nombre de points x taux de réalisation pour l'indicateur x (patientèle réelle / 800 ou 1100) x valeur du point

- Accompagnement des premières installations

Afin de soutenir le médecin s'installant pour la première fois, celui-ci bénéficie de la rémunération à la performance selon les conditions particulières décrites ci-après.
Pendant les trois premières années suivant son installation, et pour les indicateurs relevant de la qualité de la pratique médicale, la valeur du point sera majorée de 15 % la première année, 10 % la deuxième année et de 5 % la troisième année.

Article 2.3 Pour les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie désignés comme médecin traitant

Le dispositif de rémunération à la performance relative au médecin traitant et ceux relatifs aux spécialités en cardiologie et maladies vasculaires et spécialités de gastro-entérologie et hépatologie ne sont pas cumulables.

Article 2.4 Précisions sur les modalités de calcul de la patientèle des médecins spécialistes en cardiologie

Les actes exclus de la patientèle au sens du sixième alinéa de l'article 1 de la présente annexe sont les actes de chirurgie ou technique interventionnel par voie vasculaire portant sur le cœur, les artères ou les veines et actes de surveillance sur 24 heures ou forfaits de cardiologie ou de réanimation et actes de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire et actes de réadaptation.

Article 2.5 Précisions sur les modalités de calcul de la patientèle des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

Les actes exclus de la patientèle au sens du sixième alinéa de l'article 1 de la présente annexe sont les actes peu fréquents (moins de 50 actes/ an) et/ou non spécifiques de la spécialité (notamment certains actes d'imagerie).

ANNEXE 17. CONTRAT D'ACCES AUX SOINS - DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Comme indiqué à l'article 46 de la présente convention, les contrats d'accès aux soins souscrits dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention sont prorogés jusqu'au 31 décembre 2016 selon les dispositions figurant dans la présente annexe.
A compter du 1 janvier 2017, il est proposé aux médecins adhérant au contrat d'accès aux soins suscité d'adhérer à l'une des nouvelles options pratiques tarifaires maitrisées définies aux articles 40 et suivants de la présente convention en signant un avenant au contrat d'accès aux soins conforme à l'un des modèles types définis aux annexe 18 et 20, en fonction de leur spécialité d'exercice. Les médecins concernés ont la possibilité de refuser la signature d'un tel avenant dans un délai de deux mois à compter de la proposition d'avenant.
Les médecins peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins défini dans le cadre des dispositions de la convention médicale approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 reprises dans la présente convention jusqu'au 31 décembre 2016.
Aucune adhésion au contrat d'accès aux soins issu de la convention de 2011 précitée n'est possible à compter du 1er janvier 2017.

Sous-Titre 1. Dispositions relatives au contrat d'accès aux soins

Article 1 Mise en place du contrat d'accès aux soins

Peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins titulaires du droit à dépassement permanent et les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral.
Les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins.

Article 2 Tarifs de remboursement applicables aux soins réalisés par les praticiens adhérant au contrat d'accès aux soins

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent au contrat d'accès aux soins bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Article 3 Adhésion au contrat d'accès aux soins et engagements du médecin

Le médecin qui souscrit le contrat d'accès aux soins s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.
A cet effet, le contrat d'accès aux soins permet de diminuer, progressivement, sur une durée de trois ans, le reste à charge des patients au fur et à mesure de la mise en œuvre de la revalorisation des tarifs de remboursement et de la baisse des dépassements.

Article 3.1 Engagements et modalités d'adhésion au contrat d'accès aux soins

Engagements du médecin

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible au contrat d'accès aux soins un état de sa pratique tarifaire de l'année 2012. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables ainsi que le taux de dépassement constaté en 2012. Par ailleurs, le médecin est informé du taux de dépassement qui aurait été le sien si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement recalculé).

Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies au sous-titre 2 de la présente annexe.

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à ne pas augmenter sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen recalculé tels que définis au 1er alinéa du présent article. Le contrat ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini à l'article 7 du sous-titre 2 de la présente annexe, supérieur à 100 %.

Pendant la durée du contrat, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant au contrat d'accès aux soins soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement recalculé en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifié conformément aux dispositions de l'article 7 sous-titre 2 de la présente annexe.

Le contrat comporte, par ailleurs, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la convention médicale (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté pour l'année 2012.

Cas particulier des médecins nouvellement installés depuis moins d'un an :
Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an peuvent adhérer au contrat d'accès aux soins. Dans ce cas, le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne ,de néphrologie, de radiothérapie et de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent la première année sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention et progressent régulièrement pour atteindre, à l'issue du contrat, le taux d'activité à tarif opposable correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Cas particulier des médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 de la convention n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013 :
Le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatée pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région, à l'exception des

spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne , de néphrologie, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Modalités d'adhésion et durée du contrat d'accès aux soins

Le médecin déclare son souhait d'adhérer au contrat d'accès aux soins auprès de la CPAM ou CGSS de son lieu d'installation, par le biais d'un formulaire type dont le modèle figure à la sous-section 3 de la présente annexe qu'il adresse à la caisse du lieu d'implantation de son cabinet principal par lettre recommandée avec accusé de réception. Est joint au formulaire un état de la pratique tarifaire du médecin sur l'année 2012 établi conformément aux dispositions du 1er alinéa du présent article.

La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement.

L'adhésion au contrat d'accès aux soins est valable pour une durée de trois ans.

Article 3.2 Prise en compte de l'activité à tarif opposable

Les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations sociales dues par le médecin adhérant au contrat d'accès aux soins au titre de ses honoraires en application des articles L. 242-11, L. 612-1, L. 645-2 et L. 722-4 du code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'effectue dans les conditions définies ci-dessous sur la part des honoraires du médecin réalisée aux tarifs opposables.

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime des PAM

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les médecins soit de 0,1% de l'assiette de participation.
Allocations familiales	100% de la cotisation pour les revenus inférieurs à 140% du plafond de sécurité sociale, 75% de la cotisation pour les revenus compris entre 140% et 250% du plafond de sécurité sociale, 60% de la cotisation pour les revenus supérieurs à 250% du plafond de sécurité sociale.
Avantages complémentaires vieillesse	Pour la cotisation annuelle obligatoire : 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin Pour la cotisation d'ajustement : 2/3 de la cotisation d'ajustement

Le montant final de la participation versée au médecin est calculé proportionnellement à la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et proportionnellement à la part de la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile.

Taux de participation des caisses aux cotisations sociales pour les médecins affiliés au régime du RSI

	Taux de participation
Assurance maladie, maternité, décès	La hauteur de la participation de l'assurance maladie est fixée de telle manière que le reste à charge pour les médecins soit de 0,1% de l'assiette de participation.
Allocations familiales	100% de la cotisation pour les revenus inférieurs à 140% du plafond de sécurité sociale, 75% de la cotisation pour les revenus compris entre 140% et 250% du plafond de sécurité sociale, 60% de la cotisation pour les revenus supérieurs à 250% du plafond de sécurité sociale.
Avantages complémentaires vieillesse	Pour la cotisation annuelle obligatoire : 2/3 de la cotisation forfaitaire du médecin Pour la cotisation d'ajustement : 2/3 de la cotisation d'ajustement

Le montant final de la participation versée au médecin est calculé proportionnellement à la part d'activité réalisée à tarif opposable dans le total des honoraires et proportionnellement à la part de la durée de souscription du contrat d'accès aux soins dans l'année civile.

Le versement de cette participation est subordonné au respect par le praticien ayant adhéré au contrat d'accès aux soins des obligations découlant de cette adhésion.

La CPAM, après avoir vérifié que le professionnel est adhérent au contrat d'accès aux soins et a respecté ses engagements, verse la participation pour le compte de tous les régimes.

La CNAMTS effectue une répartition inter-régimes du montant annuel de la participation des caisses selon la part de chacun des régimes d'assurance maladie dans les dépenses (ONDAM).

Article 4 Modalités de suivi des engagements

A compter de la date d'adhésion au contrat d'accès aux soins, le médecin reçoit, chaque trimestre, des documents de suivi de sa pratique tarifaire : suivi du respect de son taux d'activité réalisé à tarifs opposables, de la non augmentation de sa pratique tarifaire et son taux de dépassement tels que définis à l'article 3.1 de la présente annexe.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre du contrat d'accès aux soins, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 5 de la présente annexe.

Article 5 Modalités de résiliation

Article 5.1 Modalités de résiliation par le médecin

Le médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins peut revenir sur ce choix à la date anniversaire du contrat ou, si un avenant a été conclu en application de l'article 7 de la de la présente annexe, à la date anniversaire de celui-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception. Cette résiliation est effective un mois après la réception du courrier par la caisse et à compter de cette date le médecin perd les avantages conférés par le contrat.

Article 5.2 Modalités de résiliation par la caisse

La caisse qui, dans les conditions définies précédemment, constate à l'issue de chaque année civile, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu aux articles 3.1 et 7 de la présente annexe, de l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant au contrat.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. Il peut dans ce même délai être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale définie à l'article 84 de la présente convention, avec une possibilité d'appel en CPN. A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion au contrat d'accès aux soins par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin à la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales. La caisse peut également engager une récupération des sommes versées au titre de l'adhésion au contrat d'accès aux soins.

Sous-Titre 2. Contrat d'accès aux soins – Annexe

Article 6 Modalités de calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable

Quelle que soit la date d'adhésion du médecin, l'année de référence pour le calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable est l'année 2012. Si le médecin n'a pas d'activité au titre de 2012, il est fait application des taux constatés l'année précédant l'entrée dans le contrat d'accès aux soins ou, à défaut, des dispositions relatives aux médecins nouvellement installés depuis moins d'un an définies à l'article 3.1 de la présente annexe.

Le taux de dépassement constaté sur l'année 2012 est défini comme le rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels. L'ensemble des rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires remboursables (rémunération médecin traitant,

rémunération sur objectif de santé publique, rémunération forfaitaire pour les astreintes et la régulation, etc.).

Article 7 Taux de dépassement recalculé

Ce taux de dépassement constaté sur l'année 2012 est recalculé sur la base des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables. En adhérant au contrat d'accès de soins, le médecin s'engage à respecter ce taux recalculé. Pendant la durée du contrat, ce taux est recalculé en fonction des évolutions des tarifs de remboursement. Compte tenu de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins, les hausses tarifaires applicables au tarif opposable bénéficient intégralement au patient par l'amélioration de sa base de remboursement, le patient bénéficiant alors d'une diminution équivalente du dépassement. Dans ce cas, un avenant au contrat d'accès aux soins est soumis au médecin adhérent dans lequel figure le taux de dépassement recalculé avec les nouveaux tarifs de remboursement.

Article 8 Suivi des engagements du contrat d'accès aux soins

En adhérant au contrat d'accès aux soins, le médecin s'engage à maintenir sa pratique tarifaire et à respecter le taux de dépassement moyen recalculé dans les conditions définies à l'article 3.1 de la présente annexe. Le suivi du respect de ces engagements est effectué par année civile (en date de remboursement des soins) quelle que soit la date d'adhésion au contrat d'accès aux soins.

Sous-Titre 3. Contrat d’accès aux soins – formulaire d’adhésion

Adhésion au contrat d’accès aux soins

Ce document est à remplir par le médecin qui l'envoie, en double exemplaire, à la Caisse d'assurance maladie du lieu de son exercice principal qui lui en retourne un exemplaire par lettre recommandée avec accusé de réception.

Identification du médecin

"Je, soussigné(e),

NOM : ……
Prénom : ……
N° d'identification : ……..
Secteur conventionnel :

☐ DP

☐ Secteur 2

☐ Secteur 1 titulaire des titres visés à l’article 38.1 et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013

Adresse du lieu d'exercice principal :
……
……

déclare avoir pris connaissance et m’engage à respecter dans ma pratique :
un pourcentage d’activité réalisé à tarif opposable égal à Y%
la non augmentation de ma pratique tarifaire présentée dans l’état de pratique tarifaire de l’année 2012 qui m’a été remis et joint au présent formulaire
un taux de dépassement moyen recalculé dans les conditions définies à l’article 38 de la convention nationale égal à x% (figurant dans l’état de pratique tarifaire précité)

déclare adhérer au contrat d’accès aux soins et m'engage à en respecter les dispositions.

Fait à ……
Cachet du médecin Le ……

Signature

Accusé de réception de la Caisse
o Adhésion enregistrée le ……, à effet du ……
Cachet de la caisse | Date ……..

ANNEXE 18. OPTION TYPE – OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM)

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-1 ;
Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes
Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :
— département :
— adresse :
— représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le praticien :
— nom, prénom
— spécialité :
— inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
— numéro RPPS :
— numéro AM :
— adresse professionnelle :,

Une option pratique tarifaire maitrisée (OPTAM).

Article 1 Champ de l'OPTAM

Article 1.1. Objet de l'option

Cette option vise à améliorer l'accès aux soins et la pratique de l'activité à tarif opposable par la mise en place d'avantages conventionnels au profit des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires qui s'engagent dans la maitrise de leurs dépassements d'honoraires.

Cette option a également pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie des actes réalisés par les médecins qui y souscrivent.
Ainsi, l'assurance maladie s'engage d'une part, à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et d'autre part, à faire bénéficier les médecins souscrivant à cette option des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Article 1.2. Bénéficiaires

La présente option est ouverte aux médecins libéraux conventionnés quelle que soit leur spécialité d'exercice.
Peuvent adhérer à l'option les médecins :

- autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1 de la convention médicale,

- titulaires des titres visés à l'article 38.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le secteur à honoraires différents,
- titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'option.
Pour un même médecin, l'adhésion à la présente option n'est pas cumulable avec une adhésion à l'OPTAM-CO définie aux articles 49 et suivants de la convention médicale.

Article 2 Engagements des parties dans l'OPTAM

Article 2.1. Engagements du praticien

Le médecin qui souscrit l'option s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part de ses actes réalisés aux tarifs opposables constaté ainsi que le taux de dépassement constaté au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention.
Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été le sien si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité à tarifs opposables recalculés).

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini au 1er alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé, tel que défini précédemment, supérieur à 100 %.
Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21 de la convention médicale (annexe jointe à la présente option).

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés à l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au premier alinéa du présent article.

Article 2.1.1 Fixation des engagements

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement installés et disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention :

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Ces taux d'engagement du médecin sont fixés au regard de sa pratique tarifaire sur les trois années civiles précédant l'entrée en vigueur de la convention.
Le taux de dépassement et le pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable sur lesquels s'engage le médecin sont des taux recalculés correspondant aux taux qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables. Le taux de dépassement recalculé ne doit pas être supérieur à 100%.

Pour les médecins nouvellement installés et ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention,

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention peuvent adhérer à l'option.
Les taux d'engagement du médecin sont fixés au regard de la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifaire maitrisée sur la période de référence définie à l'article 2.1 de la présente option, de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles les taux nationaux sont retenus.

Pour les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Par dérogation, les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leur taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée au cours des trois dernières années civiles précédant l'entrée en vigueur de la convention mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe au cours de cette même période de référence. Cependant, chaque médecin du groupe adhère de manière individuelle à l'option.

Pour les médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins sont fixés en tenant compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.
Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention.
Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral, au cours des trois dernières années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Pour les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1, n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaires du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables avant le 1er janvier 2013.

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement du médecin ne peuvent être supérieurs à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article 2.1 du présent contrat, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles les taux nationaux sont retenus.
La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 2.1.2 Evolution des engagements du praticien en cas de revalorisations des tarifs opposables

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin.

Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursements modifiés conformément aux dispositions de l'annexe 21 de la convention médicale.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et au médecin adhérant à l'option qui tout en réduisant son taux de dépassement doit pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de ses tarifs, un avenant à l'option lui est soumis dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.
Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux

revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre lui et ses patients.
Le médecin dispose d'un délai de deux mois pour signer l'avenant à compter de sa réception.
En l'absence de signature de l'avenant à l'issue de ce délai, la caisse informe le médecin du constat de cette absence de signature et met en œuvre les dispositions définies à l'article 5.2 de la présente option.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie

Article 2.2.1 Alignement des tarifs opposables sur les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables

Les médecins qui adhérent à l'option bénéficient des tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.
Ils bénéficient des majorations conventionnelles et de la nomenclature générales des actes et prestations ainsi que des tarifs de la CCAM applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.
Les médecins adhérant à l'option bénéficient des revalorisations tarifaires applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.
Les médecins éligibles à l'OPTAM-CO définie aux articles 49 et suivants de la convention ayant adhéré à la présente option OPTAM bénéficient de la majoration forfaits modulables (modificateur O se substituant au modificateur K) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L162-1-7 du code de la sécurité sociale fixée à hauteur de 11,5%. Toutefois, ces médecins vont pouvoir bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20% lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la CMUC, de l'ACS ou pris en charge en urgence conformément à l'article 29.2.2 de la convention. La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2.2.2 Amélioration du remboursement des patients

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Article 2.2.3 Rémunération spécifique de l'activité à tarif opposable

Afin de valoriser l'activité à tarif opposable réalisée par le médecin adhérant à l'option, est mise en place une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite.

Cette rémunération est calculée en appliquant un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations moyen sur les trois risques : maladie, maternité, décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse.
Ce taux varie en fonction de chaque spécialité de la façon définie à l'annexe 19 de la convention médicale (annexe jointe à la présente option).

Le montant résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalisé annuellement (année N) par le médecin est versé chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements dans l'option (en juillet de l'année N+1).

Mise en place d'une rémunération dégressive en fonction du niveau de respect des engagements :

Les médecins pour lequel un faible écart par leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définis à l'article 4 de la présente option bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :

- écart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique,
- écart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté du médecin calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération.

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour le calcul de la rémunération spécifique des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.
Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures concernées précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 3 Durée de l'OPTAM

La présente option est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.
Le médecin peut s'opposer à la reconduction de l'option selon les modalités définies à l'article 5.1 de la présente option.

Article 4 Suivi du respect des engagements dans le cadre de l'OPTAM

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des

dépassements d'honoraires.
Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 5 de la présente option.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option par le praticien.
Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.
Dans ce cadre, le médecin fournit à sa caisse en début d'année N+1 des documents émanant du (ou des) établissement(s) précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 5 Résiliation de l'OPTAM

Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du praticien

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec accusé de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.
Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le médecin perd les avantages conférés par l'option.
Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option. Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

La caisse qui, dans les conditions définies à l'article 4 de la présente option, constate à l'issue de chaque année civile, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.
La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la

caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 2.1.2 de la présente option l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.
Il peut, dans ce même délai, être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou par la commission paritaire locale (CPL) définie à l'article 84 de la convention médicale, avec une possibilité d'appel en commission paritaire nationale (CPN) définie à l'article 80 de la convention médicale.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages conférés par l'option définis à l'article 2.2.3 de la présente option.

La caisse peut également engager à l'encontre des médecins qui n'ont pas respecté de manière manifeste les termes de leur contrat, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année.

Le praticien
Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

ANNEXE 19. OPTAM – TAUX MOYENS APPLIQUES AUX HONORAIRES REALISES A TARIFS OPPOSABLES

Article 1 Taux moyen appliqué aux honoraires opposables, par spécialité.

Spécialité	Taux moyen appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables
ACP	4,7%
Anesthésistes	7,0%
Cardiologues	7,0%
Chirurgiens*	7,2%
Dermatologues	8,3%
Endocrinologues	8,8%
Gastro-entérologues	7,1%
Généralistes	8,6%
MEP	8,4%
Gynécologues-médicaux	7,5%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	7,1%
Internistes	7,6%
MPR	7,9%
Médecins nucléaires	3,3%
Néphrologues	4,6%
Neurologues	7,8%
ORL	7,4%
Ophtalmologues	5,7%
Pneumologues	7,4%
Psychiatres-neuro-psychiatres	8,6%
Pédiatres	8,7%
Radiodiagnostic et imagerie médicale	4,6%
Radiothérapeutes	2,8%
Rhumatologues	7,5%
Stomatologues	8,0%

Chirurgiens : Chirurgie générale, Neurochirurgie, Chirurgie urologique, Chirurgie orthopédique et traumatologie, Chirurgie infantile, Chirurgie maxillo-faciale, Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Chirurgie vasculaire, Chirurgie viscérale et digestive

ANNEXE 20. OPTION TYPE – OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE OBSTETRIQUE (OPTAM-CO)

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5 et L. 162-14-1 ;

Vu l'arrêté du JJ MM AAAA portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie / la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

— département :
— adresse :
— représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, le praticien :
— nom, prénom
— spécialité :
— inscrit au tableau de l'ordre du conseil départemental de :
— numéro RPPS :
— numéro AM :
— adresse professionnelle :,

Une option pratique tarifaire maitrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

Article 1 Champ de l'OPTAM-CO

Article 1.1. Objet de l'option

Cette option vise à améliorer l'accès aux soins et la pratique de l'activité à tarif opposable par la mise en place d'avantages conventionnels au profit des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires qui s'engagent dans la maitrise de leurs dépassements d'honoraires.

Cette option a également pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie des actes réalisés par les médecins qui y souscrivent.
Ainsi, l'Assurance Maladie s'engage d'une part, à aligner les tarifs de remboursement de ces médecins sur ceux exerçant en secteur à honoraires opposables et d'autre part, à faire bénéficier les médecins souscrivant à cette option des revalorisations des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables.

Article 1.2. Bénéficiaires

La présente option est ouverte aux médecins libéraux exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique et ayant réalisés au moins 50 actes inscrits sous

l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » sur la liste mentionnée aux articles L. 162-1-7 et R. 162-52 du code de la sécurité sociale durant l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option.

Peuvent adhérer à l'option les médecins libéraux conventionnés :
- autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1 de la convention médicale,
- titulaires des titres visés à l'article 38.1 de la convention médicale permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le secteur à honoraires différents,
- titulaires du droit à dépassement permanent.

Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1er janvier 2013 en secteur à honoraires opposables peuvent adhérer à l'OPTAM-CO.

Pour les médecins nouvellement installés dans une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique, le seuil des 50 actes réalisés prévu au 1er alinéa du présent article ne pouvant s'appliquer, ceux-ci choisissent au moment de leur adhésion l'option de leur choix, l'OPTAM-CO ou l'OPTAM définies aux articles 40 et suivants de la convention médicale.
Pour un même médecin l'adhésion à l'OPTAM-CO n'est pas cumulable avec l'OPTAM.

Article 2 Engagements des parties dans l'OPTAM-CO

Article 2.1. Engagements du médecin

Le médecin s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire. Cet état comporte les tarifs pratiqués par le médecin pour les principaux actes qu'il réalise, la part des actes réalisés aux tarifs opposables, ainsi que le taux de dépassement moyen constaté au cours des trois années précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention.
Par ailleurs, le médecin qui n'était pas adhérent au contrat d'accès aux soins antérieurement est informé du taux de dépassement et du taux d'activité à tarifs opposables qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables (taux de dépassement et taux d'activité réalisée à tarifs opposables recalculés).

1er indicateur : le taux de dépassement

En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter le taux de dépassement moyen recalculé défini au 1er alinéa du présent article. L'option ne peut pas comporter d'engagement de taux de dépassement recalculé supérieur à 100 %. Les modalités de calcul du taux de dépassement sont définies en annexe 21 de la convention médicale (annexe jointe à la présente option).

2ème indicateur : le taux d'activité à tarif opposable

L'option comporte, dans un souci d'amélioration d'accès aux soins, le pourcentage recalculé d'activité aux tarifs opposables que le praticien s'engage à respecter. Ce pourcentage qui inclut les cas visés l'article 38.3 de la présente convention (situations d'urgence médicale, patients en CMUC ou disposant de l'attestation de droit à l'ACS) doit être supérieur ou égal à celui constaté tel que défini au 1er alinéa du présent article.

Article 2.1.1 Fixation des engagements

Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit permanent à dépassement installé et disposant de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention :

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :
- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Ces taux d'engagement du médecin sont fixés au regard de sa pratique tarifaire sur les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention.
Le taux de dépassement sur lequel s'engage le médecin est un taux de dépassement et un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable recalculés correspondant aux taux qui auraient été les siens si les actes avaient été réalisés par un médecin exerçant en secteur à honoraires opposables. Lee taux de dépassement recalculé ne peut pas être supérieur à 100 %.

Pour les médecins nouvellement installés ne disposant pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention :

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :
- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les médecins nouvellement installés depuis moins d'un an qui ne disposent pas de données sur leur pratique tarifaire sur l'ensemble de l'année civile précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention peuvent adhérer à l'option.
Le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie à l'article 2.1 de la présente option, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile, de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu. Les médecins s'engagent sur une part minimale d'actes à tarif opposable incluant les cas visés à l'article 38.3 de la convention correspondant à la moyenne des taux constatée définie selon les mêmes règles que le taux de dépassement.

Pour les médecins exerçant au sein d'un groupe ou en structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Par dérogation les médecins exerçant au sein d'un groupe ou d'une structure la même spécialité médicale et ayant une pratique tarifaire commune définie au niveau du groupe ont la possibilité de demander à ce que la fixation de leurs taux d'engagement dans l'option soit effectuée non pas au regard de leur pratique tarifaire individuelle observée durant les trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention mais au regard de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins constituant le groupe sur la période de référence.
Cependant, chaque médecin du groupe adhère individuellement à l'option.

Pour les médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, sont fixés en tenant compte de l'activité à tarif opposable réalisée au sein de ces structures.
Dans ce cadre, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours des trois années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention.
Les taux d'engagement dans l'option sont fixés en tenant compte à la fois de la pratique tarifaire, de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral des trois années précédant l'année de l'entrée en vigueur de la convention et de l'activité au sein des structures sur la même période.

Pour les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1, n'exerçant pas dans le secteur à honoraires différents ou non titulaire du droit permanent à dépassement et installés en secteur à honoraires opposables antérieurement au 1er janvier 2013

En adhérant à l'option, le praticien s'engage à respecter dans sa pratique :

- d'une part, un taux moyen de dépassement d'honoraires sur l'ensemble de son activité de XX %,
- d'autre part, un pourcentage d'activité réalisée à tarif opposable égal à XX %.

Les taux d'engagement applicables à ces médecins ne peuvent être supérieurs à la moyenne, pondérée par les effectifs, du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable constatés pour les médecins éligibles à l'option de la même spécialité et de la même région sur la période de référence définie l'article 2.1 de la présente option, à l'exception des spécialités de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile, de neurochirurgie pour lesquelles les taux nationaux sont retenus.
La part d'activité à tarif opposable est fixée selon les mêmes règles sans pouvoir être inférieure à 30%.

Article 2.1.2 Evolution des engagements du praticien en cas de revalorisations des tarifs opposables

Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin.

Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarif opposable recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement modifiés conformément aux dispositions de l'annexe 21 de la convention médicale.

Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et au médecin adhérant à l'option qui tout en réduisant son taux de dépassement doit pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de ses tarifs, un avenant à l'option lui est soumis dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre lui et ses patients.

Le médecin dispose d'un délai de 2 mois pour signer l'avenant à compter de sa réception.
En l'absence de signature de l'avenant à l'issue de ce délai, la caisse informe le médecin du constat de cette absence de signature et met en œuvre les dispositions définies à l'article 5.2 de la présente option.

Article 2.2. Engagements de l'assurance maladie

Article 2.2.1 Alignement des tarifs opposables sur les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables

Les médecins qui adhérent à l'option bénéficient des tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.
Ils bénéficient des majorations conventionnelles et de la nomenclature générales des actes et prestations ainsi que des tarifs de la CCAM applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.
Les médecins adhérant à l'option bénéficient des revalorisations tarifaires applicables aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables.
En outre, ces médecins vont pouvoir bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20%. En effet, les parties signataires de la convention médicale ont souhaité comme indiqué à l'article 29.2.2 de la convention que le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K) applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements défini dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale soit porté à 20 % pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option (OPTAM-CO). La mise en œuvre de cette mesure est conditionnée par la modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2.2.2 Amélioration du remboursement des patients

Les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables.

Article 3 Durée de l'OPTAM-CO

La présente option est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature renouvelable par tacite reconduction.
Le médecin peut s'opposer à la reconduction de l'option selon les modalités définies à l'article 5.1.

Article 4 Suivi du respect des engagements dans le cadre de l'OPTAM-CO

A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin, chaque trimestre, sur le suivi de sa pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part de l'activité réalisée au tarif opposable, montant des honoraires sans dépassement et montant des dépassements d'honoraires.
Le médecin est informé de la mise à disposition de ces données sur Espace Pro.

Si, à l'issue de deux trimestres consécutifs, la caisse constate le non-respect par le médecin de l'un ou l'autre des engagements souscrits dans le cadre de l'option, elle lui adresse un courrier d'avertissement signalant d'une part, les anomalies constatées et d'autre part, le fait que si le non-respect des engagements est constaté à l'issue d'une année civile, une procédure de résiliation de l'adhésion est susceptible d'être mise en œuvre dans les conditions définies à l'article 5.

A l'issue de chaque année civile, quelle que soit la date d'adhésion à l'option dans l'année, l'assurance maladie procède à la vérification du respect des engagements dans l'option par le médecin.
Cette vérification intervient lorsque les données consolidées de l'année N sont disponibles (activité en date de soins réalisée sur l'année N et liquidés à la date du 31 mars de l'année N+1).

Cas particulier des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Pour la vérification du respect des engagements dans l'option des médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libéral et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.
Dans ce cadre, le médecin fournit à sa caisse en début d'année N+1 des documents émanant du (ou des) établissement(s) précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin au cours de l'année considérée.

Article 5 Résiliation de l'OPTAM-CO

Article 5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du praticien

Le médecin ayant adhéré à l'option peut s'opposer à la reconduction tacite de l'option à la date anniversaire de celle-ci.
Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception reçue par la caisse au plus tard un mois avant l'échéance de l'option.
Cette résiliation est effective à la date d'échéance de l'option. A compter de cette date, le

médecin perd les avantages conférés par l'option.

Le médecin peut également décider de résilier à tout moment son adhésion à l'option.
Dans ce cas, il informe la CPAM ou la CGSS de son lieu d'installation, par lettre recommandée avec avis de réception.
Cette résiliation est effective un mois après réception du courrier par la caisse.

Article 5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

La caisse qui, dans les conditions définies à l'article 4 de la présente option, constate à l'issue de chaque année civile, le non-respect par un médecin de ses engagements adresse un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception notifiant les anomalies constatées et le détail des étapes de la procédure définie ci-après.

La procédure prévue au présent article s'applique également en cas de constatation par la caisse, dans un délai de deux mois après l'envoi par la caisse de la proposition de l'avenant prévu à l'article 2.1.2 de la présente option l'absence de signature du médecin. La caisse adresse à l'issue de ce délai un courrier par lettre recommandée constatant l'absence de signature de l'avenant à l'option.

Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de la réception des courriers définis aux paragraphes précédents pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.
Il peut, dans ce même délai, être entendu par le directeur de la caisse ou l'un de ses représentants ou demandé à être entendu par la commission paritaire locale (CPL) définie à l'article 85 de la convention médicale, avec une possibilité d'appel en commission paritaire nationale (CPN) définie à l'article 81 de la convention médicale.

A l'issue de ce délai, la caisse peut notifier au médecin la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de la date de réception de ce courrier, il est mis fin aux avantages de l'option..

La caisse peut également engager, à l'encontre des médecins qui n'ont pas respectés de façon manifeste les termes de leur option, une récupération des sommes versées dans le cadre de l'option au titre de la dernière année.

Le praticien
Nom Prénom

La caisse d'assurance maladie
Nom Prénom

ANNEXE 21. OPTAM et OPTAM-CO – MODALITES DE CALCUL DES ENGAGEMENTS

Article 1 Modalités de calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable

Quelle que soit la date d'adhésion du médecin, le calcul du taux de dépassement et de la part d'activité à tarif opposable est réalisé au regard de l'activité sur la période de référence, soit les 3 années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de la convention.
Si le médecin n'a pas d'activité au titre de l'année civile précédant l'entrée en vigueur de la convention, il est fait application de la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement et de la part d'activité à tarifs opposables constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie au premier alinéa du présent article de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu.

Le taux de dépassement constaté sur les 3 années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de la convention est défini comme la moyenne du rapport du total des dépassements annuels aux honoraires remboursables annuels calculé pour chacune des 3 années. L'ensemble des rémunérations forfaitaires sont exclues des honoraires remboursables (rémunération médecin traitant, rémunération sur objectif de santé publique, rémunération forfaitaire pour les astreintes et la régulation, etc.).

Article 2 Taux de dépassement et taux d'activité à tarif opposable recalculés

Pour les médecins non adhérents au contrat d'accès aux soins antérieurement à leur adhésion aux options tarifaires maitrisées, le taux de dépassement et le taux d'activité à tarif opposable constatés sur les trois années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de la convention sont recalculés sur la base des tarifs de remboursement applicables aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables. En adhérant à l'option, le médecin s'engage à respecter ces taux recalculés.

Article 3 Avenant à l'option en cas de hausse des tarifs de remboursement des actes pendant la durée de l'option

Pendant la durée de l'option, les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin. Cet avenant comporte le taux de dépassement et la part d'activité réalisée à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.
Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et aux médecins qui tout en réduisant leur taux de dépassement doivent pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de leurs tarifs, un avenant à l'option est soumis aux médecins adhérant dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre les patients et les médecins adhérant à l'option.

ANNEXE 22. MODALITES DE CALCUL DES LA PARTICIPATION DES CAISSES AUX COTISATIONS SOCIALES DUES AU TITRE DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE, MATERNITE, DECES DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX CONVENTIONNES ET DES ALLOCATIONS FAMILIALES

La participation des caisses mentionnée aux articles 69 à 71 de la présente convention est calculée de la manière suivante.

Article 1 Calcul du montant de la participation sur les revenus conventionnés

Un taux d'honoraires sans dépassements est calculé pour chaque professionnel en rapportant le montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée déduction faite des dépassements d'honoraires au montant total des honoraires tirés de l'activité conventionnée.

Le montant de la participation de l'assurance maladie sur les revenus conventionnés nets de dépassements d'honoraires correspond au montant total des revenus tirés de l'activité conventionnée, multiplié par le taux d'honoraires sans dépassements et par le taux de prise en charge.

Article 2 Calcul du montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins

Le montant de la participation sur les revenus tirés des activités non salariées réalisées dans des structures dont le financement inclut la rémunération des médecins correspond à l'ensemble de ces revenus, dès lors que ces activités ont été rémunérées sur la base des tarifs opposables, multiplié par le taux de prise en charge.

Article 3 Calcul du montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès ou des allocations familiales

Le montant total de la participation au titre du régime d'assurance maladie, maternité, décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ou des allocations familiales correspond à la somme des deux montants calculés précédemment.

ANNEXE 23. REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES COMMISSIONS PARITAIRES

Les dispositions du présent règlement intérieur sont applicables à la commission paritaire nationale, à l'observatoire des mesures conventionnelles, au comité technique paritaire permanente national chargé de la simplification, aux commissions paritaires régionales et aux commissions paritaires locales définis aux articles 80 et suivants de la convention médicale.

Article 1 Organisation de la commission paritaire nationale, des commissions paritaires régionales et locales

Article 1.1. Secrétariat de la commission

Le secrétariat et les moyens nécessaires au fonctionnement sont mis en place par l'UNCAM pour la CPN, le CTPPN et l'observatoire des mesures conventionnelles par le représentant régional auprès du régime général (coordonnateur) pour la CPR et par l'une des caisses membres de la commission pour la CPL.
Le secrétariat assure les tâches administratives de l'instance.

Article 1.2. Organisation des réunions des commissions

Les convocations sont adressées, par mail, par le secrétariat aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf urgence acceptée par le président et le vice-président.
Elles sont accompagnées de l'ordre du jour établi après accord de ces derniers ainsi que des documents utiles, le cas échéant, à l'examen des sujets qui y sont inscrits.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des conseillers techniques. Le nombre de ces conseillers est limité à cinq par section.

Chaque caisse ou organisation syndicale peut convier en séance des experts au nombre maximal de deux. Les membres de la commission sont informés, au moins sept jours avant la date de la séance, de la qualité des personnes concernées et des sujets de l'ordre du jour sur lesquels leur compétence est requise. En séance, ces experts n'interviennent que sur ces sujets.

Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un médecin, les conseillers techniques, les experts, le représentant de l'Ordre des médecins et le représentant de l'UNOCAM (pour la commission paritaire nationale) ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission.

Lorsque la commission se réunit pour une procédure conventionnelle à l'encontre de l'un des membres de la section professionnelle, celui-ci ne peut siéger lors de l'examen de son dossier.

Article 1.3. Composition des sections

La section professionnelle est composée de 12 représentants titulaires des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la convention, dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

Les sièges de la section professionnelle sont répartis par accord entre les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux signataires de la présente convention.

En l'absence d'accord, les sièges sont répartis entre les organisations syndicales représentatives signataires de la présente convention sur la base des derniers résultats nationaux aux élections aux Unions Régionales de Professionnels de Santé mentionnées aux articles L 4031-1 à L 4031-7 du code de la santé publique, en utilisant le quotient électoral constitué par le nombre de voix exprimées recueillies nationalement, divisé par le nombre de siège à pourvoir, la répartition des restes s'effectuant au plus fort reste et chaque organisation syndicale reconnue représentative signataire de la présente convention étant assurée de disposer d'au moins un siège.

La section sociale est composée de 12 représentants titulaires de l'assurance maladie :
- Régime général : 3 administratifs, 3 conseillers, 2 médecins conseils.
- Régime agricole : 2 représentants, dont un médecin conseil.
- Régime social des indépendants : 2 représentants, dont un médecin conseil.

Pour la CPN, siège également en formation plénière, avec voix délibérative, 1 représentant de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire. Dans cette configuration de formation plénière, le Président de la section Professionnelle dispose de 2 voix afin d'assurer la parité entre les sections.

Article 1.4. Présidence des sections et des commissions

Lors de la première réunion de la commission, la section professionnelle de la commission désigne son président. En cas d'égalité des voix, la présidence est assurée par le plus âgé des candidats ayant obtenu le même nombre de voix.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie désigne, dans le cadre des fonctions définies aux articles L. 182-2-4 et L. 182-2-5 du code de la sécurité sociale, le président de la section sociale de chacune des instances réunies en formation exécutive parmi les représentants de la direction des organismes de sécurité sociale et des établissements publics concernés ou les représentants du service médical de l'assurance maladie, membres desdites instances.

La section sociale de chacune des instances réunies en formation orientations désigne son président parmi les conseillers membres de cette instance.
La présidence de la commission sera assurée la première année de la présente convention par le président de la section professionnelle.
Le président de la section professionnelle et le président de la section sociale assurent, à tour de rôle, par période d'une année, la présidence et la vice-présidence de la commission.
Pour ce faire, à la date anniversaire de la publication au *Journal Officiel* de la convention, il est procédé automatiquement à l'alternance de la présidence, sans qu'il soit nécessaire que l'instance se réunisse au préalable.

La présidence de plusieurs commissions ne peut être assurée simultanément par la même personne.

Article 2 Délibérations

Article 2.1. Vérification des règles de quorum et de parité

La commission ne peut valablement délibérer que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée.

Le quorum correspond à un nombre de membres présents ou représentés au moins égal à la moitié du nombre des membres composant chacune des sections.

La parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés dans la section professionnelle et dans la section sociale.
Pour la CPN réunie en formation plénière, la parité nécessite un nombre égal de membres présents ou représentés entre la section professionnelle d'une part et la section sociale et l'UNOCAM d'autre part. Dans cette configuration de formation plénière, le Président de la section professionnelle dispose de 2 voix afin d'assurer la parité.

En cas d'impossibilité de siéger, les membres de la commission se font représenter par leurs suppléants ou donnent délégation de vote à un autre membre de la même section. Aucun membre ne peut recevoir plus de deux délégations.

En l'absence de quorum, un constat de carence est établi pour prendre acte de l'absence de quorum et une nouvelle réunion est convoquée dans un délai de quinze jours.

La commission de nouveau réunie délibère alors valablement sur tous les sujets, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés, sous réserve que la parité soit respectée. Dans le cas où la parité n'est pas respectée, un constat de carence est établi et les dispositions de l'article 3 du présent règlement intérieur sont applicables.

Article 2.2. Règles de vote

Pour les points de l'ordre du jour requérant un vote, la commission se prononce à la majorité simple des voix exprimées. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des abstentions.

En cas de partage des voix, il est procédé à un deuxième vote au cours de la même séance. Le vote s'établit alors à bulletin secret. Le nombre de votes est calculé sans tenir compte des bulletins blancs, nuls ou des abstentions.

Dans les cas d'examen par la CPN d'un recours consultatif formé auprès d'elle par le médecin à l'encontre duquel une sanction a été décidée par les caisses dans les conditions définies aux articles 85 et suivants, et de l'éventuelle modification des indicateurs du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique défini aux articles 27 et suivants, la CPN se réunit en formation restreinte sans le représentant de l'UNOCAM.

Règles particulière pour « la formation médecins ».

Les douze médecins de la section professionnelle disposent chacun d'une voix.
Pour la section sociale, les deux médecins conseils du régime général disposent de quatre voix chacun, le médecin conseil du régime agricole et celui du régime social des indépendants disposent chacun de deux voix.

L'appréciation du quorum et de la parité s'effectue selon les modalités définies supra mais au regard du nombre de voix et non du nombre de représentants.

En cas de partage des voix, lors d'un second tour de vote, portant sur un avis requis en matière de sanction conventionnelle, l'absence d'accord qui vaut avis de la commission est acté dans le procès-verbal.

Le secrétariat de la commission est chargé de transmettre au président de chaque section un relevé de décision de chaque réunion de la commission, par mail, dans les quarante-cinq jours suivant la date de réunion de celle-ci. Il est approuvé et signé par les deux présidents de section dans un délai de trente jours à compter de sa date de transmission. Il est ensuite adressé à chaque membre de la commission. Ces délais ne sont pas applicables lorsque sont mises en œuvre les procédures conventionnelles.

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations dans les conditions prévues par le code pénal.

Article 3 Situation de carence de la commission

Les partenaires conventionnels reconnaissent qu'il y a situation de carence dans les cas suivants :

- défaut de constitution de l'une ou de l'autre des sections dans le délai imparti.
- défaut de parité au sein de la commission,
- impossibilité pour le président et le vice-président de la commission soit de fixer une date, soit d'arrêter un ordre du jour en commun malgré deux tentatives successives,
- refus par l'une ou l'autre section, de voter un point inscrit à l'ordre du jour malgré deux tentatives successives.

Dans le premier cas, la section constituée constate la carence et assure seule les missions de la commission.

Dans les trois autres cas, un constat de carence est dressé. La section à l'origine de la situation de carence, est invitée par le président ou le vice-président de la commission à prendre toute disposition pour remédier à la situation.
Si aucune solution n'est intervenue dans le mois suivant le constat de carence, la section n'étant pas à l'origine de la carence exerce les attributions dévolues à la commission jusqu'à ce qu'il soit remédié à cette situation.

Article 4 Formation médecin et groupe de travail pour la CPN, les CPR et CPL

La commission peut se réunir en « formation médecins », c'est à dire en sous-commission paritaire composée des membres de la section professionnelle et des médecins conseils des caisses d'assurance maladie membres de la section sociale, notamment lorsqu'il s'avère

nécessaire d’entendre un médecin sur sa pratique ou d’examiner des documents comportant des informations à caractère médical concernant des assurés.

La commission met en place les groupes de travail paritaires qu'elle juge nécessaire, en particulier lorsque des problèmes spécifiques à la médecine générale ou à certaines spécialités doivent être traités.

Article 5 Indemnisation des membres de la section professionnelle de la commission

Les membres de la section professionnelle de la commission perçoivent 13C par séance et une indemnité de déplacement.
L’indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.
Les mêmes dispositions s'appliquent aux médecins qui participent aux sous-commissions et aux groupes de travail créés par la commission.

ANNEXE 24. PROCEDURE CONVENTIONNELLE EN CAS DE MANQUEMENT IMPUTABLE A UN MEDECIN

Article 1 Procédure de sanction

Article 1.1. Procédure préalable d'avertissement

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique qui constatent le non-respect par un médecin des dispositions de la convention, lui adressent un avertissement par lettre recommandée avec accusé réception. Cet avertissement doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel. Le médecin dispose d'un délai de trente jours à compter de la réception de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas du non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le médecin dispose d'un délai de quatre-vingt-dix jours à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

Article 1.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la CPL

Si, à l'issue d'un délai d'au moins trente jours ou de quatre-vingt-dix jours en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, communiquent le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPL.

La CPAM procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement, le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les manquements reprochés au médecin, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat et/ou un confrère de son choix.

A l'issue de l'entretien, la caisse dresse un compte-rendu d'entretien signé par le directeur et le médecin. La caisse peut décider de mettre fin à la procédure engagée à l'encontre du médecin. Elle doit nécessairement aviser la CPL de l'entretien et l'informer de l'abandon ou de la poursuite de la procédure.
Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse verse aux débats le compte-rendu d'entretien lors de la réunion de la Commission Paritaire Locale. L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article 1.3. Examen par la commission paritaire locale

Lorsque les manquements reprochés au médecin sont dûment établis, la caisse demande au président de la commission paritaire locale de réunir celle-ci. Cette réunion est de droit.
Elle doit se tenir dans un délai maximal de soixante jours à compter de la réception des observations du médecin ou de la tenue de l'entretien ou de l'échéance du délai laissé au médecin pour présenter ses observations ou être entendu par le directeur de la caisse ou son représentant comme visé à l'article précédent. Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien, le cas échéant, et tout document utile sont joints à l'ordre du jour. L'ensemble de ces documents doivent être transmis aux membres de la CPL au moins quinze jours avant la réunion. Le médecin est informé de la date de la réunion de la commission.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, le médecin peut demander à être entendu par la commission pour fournir les explications qu'il juge utile. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère et/ ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPL émet en séance un avis selon les règles de vote définies à l'article 2.2 de l'annexe 23 sur la décision à prendre après avoir entendu intéressé le cas échéant.
L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL est réputé rendu.

Lorsque la CPL juge nécessaire de recueillir auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation médecins » de la CPL (article 84-1 de la convention).

La formation « médecin » doit se réunir dans le mois qui suit la tenue de la réunion de la CPL en formation plénière.

Dans un délai minimal de quinze jours précédant la réunion de la « formation médecin » de la CPL, le médecin est invité par lettre recommandée avec accusé de réception à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles. A cette occasion, il peut se faire assister par un confrère et/ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en « formation médecin » au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPL en « formation médecins » émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL en « formation médecins » est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPL est transmis au médecin.

Article 1.4. Décision et notification de la sanction

Une fois l'avis de la CPL rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique arrêtent la décision qui s'impose au médecin et sa date d'application.

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient au professionnel l'éventuelle mesure prise à son encontre par lettre recommandée avec accusé de réception.
Cette notification, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après deux mois à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf cas de recours devant la CPR ou la CPN dans les cas visés à l'article 88et dans les conditions de l'article 2 de la présente annexe.

Dans le cas d'une sanction prononcée à l'encontre des médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent pour non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, la notification précise qu'à défaut de paiement de la sanction dans le délai imparti le directeur de la caisse procède à son recouvrement dans les conditions de droit commun.

Article 2 Procédure de recours conventionnel

Article 2.1. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire régionale

Article 2.1.1 Cas d'appel devant la Commission Paritaire Régionale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois,
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à six mois,
- suspension de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales ou d'une sanction financière équivalente dans les conditions définies à l'article 86, en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale,

il peut saisir la Commission Paritaire Régionale à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la Commission Paritaire Régionale est saisie à titre de commission d'appel.

Article 2.1.2 Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de deux mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Commission Paritaire Régionale.

Article 2.2. Dispositif de recours consultatif devant la commission paritaire nationale

Article 2.2.1 Cas d'appel devant la Commission Paritaire Nationale

Lorsqu'un médecin fait l'objet d'une décision de :
- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois,
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à six mois,

il peut saisir la CPN à titre de commission d'appel.

Lorsque la "formation médecins" de la CPL a rendu un avis, la "formation médecins" de la CPN est saisie à titre de commission d'appel.

Article 2.2.2 Délai et modalités de saisine

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de deux mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.
Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie au secrétariat de la commission paritaire nationale des médecins.

Article 2.3. Dispositions communes au recours consultatif devant la commission paritaire régionale et devant la commission paritaire nationale

Article 2.3.1 Appel suspensif

La saisine de la commission paritaire nationale ou de la commission paritaire régionale suspend l'application de la sanction.
Le secrétariat de la commission d'appel informe du recours la caisse primaire d'assurance maladie ayant prononcé la sanction.

Article 2.3.2 Réunion de la Commission d'appel

La commission d'appel doit se réunir dans les soixante jours à compter de la réception de sa saisine sur pièces. En cas d'examen par la commission d'un recours consultatif, la CPN se réunit en formation restreinte sans le représentant de l'UNOCAM.
Le médecin est informé de la date de réunion de la commission.

La commission d'appel se prononce en principe sur pièces. Toutefois, à la demande du médecin concerné, ce dernier peut être entendu en séance pour fournir les explications qu'il juge utile. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère et/ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La commission émet un avis en séance selon les règles de vote définies à l'article 2.2 de l'annexe 23.
L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les quinze jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les sept jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la commission d'appel est réputé rendu.

Article 2.3.3 Avis de la Commission d'appel

La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée.
La commission d'appel a la possibilité d'émettre une proposition de sanctions.
Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs des caisses.

Article 2.3.4 Notification de l'avis rendu par la Commission d'appel

L'avis de la commission d'appel est motivé. Il est notifié au médecin qui l'a saisi ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours suivant la date de réunion de la commission.

Article 2.3.5 Notification de la décision par les caisses à l'issue du recours consultatif

A l'issue du recours consultatif devant la commission d'appel, les directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction peuvent alors décider:

- soit de modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel,
- soit de maintenir la sanction initiale.

La décision définitive est notifiée par le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, au médecin par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de trente jours à compter de la réception de l'avis de la commission d'appel.

Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.
Cette dernière ne peut intervenir qu'après quinze jours à compter de la date de la décision. La décision est alors exécutoire.
Dans le cas d'une sanction prononcée à l'encontre des médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent pour non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, la notification précise qu'à défaut de paiement de la sanction dans le délai imparti le directeur de la caisse procède à son recouvrement dans les conditions de droit commun

Article 3 Procédure de sanction applicable en cas de pratique tarifaire excessive

Le directeur général de l'UNCAM définit les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives au sens de l'article 85 de la convention. Dans ce cadre, il recueille l'avis de la CPN visée à l'article 80 de la convention. Cette commission rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine. A défaut d'avis dans ce délai, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Article 3.1. Procédure préalable d'avertissement

Conformément aux principes de sélection et de montants maximums définis par le directeur général de l'UNCAM, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique qui constatent de la part d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaire d'un droit à dépassement permanent, une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 85 de la présente convention, lui adressent un avertissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Cet avertissement doit comporter les éléments relevés par la caisse susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 85 de la présente convention. Doivent être également communiquées au médecin, les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional et/ou départemental. Le médecin dispose d'un délai de deux mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique ne peuvent concurremment recourir à une autre procédure visant à sanctionner les mêmes faits à l'exception de la mise en œuvre des dispositions prévues au dernier alinéa de l'article 3.3 de la présente annexe.

Article 3.2. Relevé de constatation préalable à la convocation de la commission paritaire régionale (CPR)

Si, à l'issue d'un délai de deux mois à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique tarifaire, le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, communiquent le relevé des constatations au médecin concerné par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPR et de la CPL.
Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique procèderont à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de trois ans suivant la réception du courrier d'avertissement le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le relevé des constatations détaille les éléments susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 85 de la présente convention. Doivent être également communiquées au médecin, les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional et/ou départemental. Le relevé expose également les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites prévus aux alinéas suivants.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant. A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat et/ ou un membre de la profession de son choix inscrit au conseil de l'ordre.

La caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur ou son représentant et le médecin et le verse, le cas échéant, aux débats lors de la réunion de la CPR. L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

Article 3.3. Examen par la commission paritaire régionale

Lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, la caisse saisit le président de la CPR. La CPR dispose d'un délai maximal de trois mois calendaires à compter de cette saisine pour notifier son avis, motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 85 de la convention ainsi que le non-respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires, au médecin en cause et au directeur de la CPAM qui l'a saisie. A l'issue de ce délai de trois mois, l'avis de la CPR est réputé rendu.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien le cas échéant, et tout document utile sont joints à la convocation des membres de la CPR.

Le médecin est informé de la date de réunion de la commission. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, à la demande du médecin concerné, ce dernier peut être entendu en séance pour fournir les explications qu'il juge utile. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère et/ou d'un avocat.

La CPR émet en séance un avis dans les conditions définies à l'article 83.1 et suivants de la présente convention et selon les règles de vote arrêtées à l'article 2.2 de l'annexe 23. Cet avis est motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 85 de la convention ainsi que par le non-respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires.

Sans préjudice du déroulement de la procédure décrite dans la présente annexe, si la CPR estime que le dossier met en évidence une suspicion de manquement à la déontologie médicale, elle élabore un argumentaire afin de demander au directeur de la CPAM de porter plainte à l'encontre du médecin auprès du conseil départemental de l'Ordre.

Article 3.4. Décision et notification de la sanction

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique préparent leur décision qui ne peut excéder les sanctions envisagées par la CPR et qui s'impose au médecin avec sa date d'application.

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient cette décision au

professionnel, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Il adresse simultanément copie de la décision aux présidents de la CPL et de la CPR.

Cette décision, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après deux mois à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf cas de recours devant la commission paritaire nationale (CPN) dans les conditions définies ci-après.

Le médecin a la possibilité de saisir la CPN, à titre de commission d'appel. La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction. Elle est adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie, au secrétariat de la CPN. La saisine de la CPN suspend l'application de la sanction. Le secrétariat de la commission d'appel informe du recours la CPAM ayant prononcé la sanction.

De même, une fois l'avis de la CPR rendu tendant à l'absence de prononcé d'une sanction à l'encontre du médecin ou en cas d'absence d'accord de la CPR acté dans le procès-verbal conformément aux dispositions de l'article 2 de l'annexe 23, le directeur de la CPAM peut saisir le Président de la CPN dans un délai d'un mois suivant l'avis de la CPR. En cas de désaccord du directeur de la CPAM avec l'avis de la CPR, ce dernier peut également saisir la CPN conformément aux dispositions du présent article.

Dans un délai d'un mois suivant sa saisine, le Président de la CPN saisit le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur le caractère excessif de la pratique tarifaire en cause. Le Président du CNOM transmet, le cas échéant, son avis au Président de la CPN dans un délai de deux mois à compter de la réception du courrier de saisine du Président de la CPN. A défaut d'avis rendu dans ce délai, l'avis du CNOM est réputé rendu.

La CPN dispose d'un délai maximal de trois mois calendaires à compter de la réception de l'avis du président du CNOM ou à expiration du délai qui est imparti à ce dernier pour notifier son avis, motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 85 de la convention ainsi que le non-respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires, au directeur général de l'UNCAM, au directeur de la CPAM et au médecin.

A l'issue de ce délai de trois mois, ou en l'absence d'accord constaté dans les conditions définies à l'article 2 de l'annexe 23, l'avis de la CPN est réputé rendu.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien, la décision du directeur de la CPAM, la saisine du médecin et l'avis du Président du CNOM, le cas échéant, et tout document utile sont joints à la convocation des membres de la CPN en formation restreinte soit sans le représentant de l'UNOCAM. Le médecin est informé de la date de la réunion de la commission.

La commission se prononce en principe sur pièces. Toutefois, le médecin peut demander à être entendu par la commission pour fournir les explications qu'il juge utile. Il peut se faire assister, s'il le souhaite, d'une personne de son choix, et notamment d'un confrère et/ou d'un avocat. Il peut envoyer au secrétariat de la commission un mémoire en défense au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

La CPN se réunit en formation restreinte sans le représentant de l'UNOCAM. La CPN émet en séance un avis sur la décision à prendre. L'avis émis sur la pratique tarifaire excessive des médecins à honoraires différents ou titulaires d'un droit à dépassement permanent est motivé par l'analyse des éléments cités à l'article 85 de la convention ainsi que le non-respect éventuel des dispositions législatives et réglementaires.

Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique prennent une décision, qui, lorsque l'avis de la CPN leur est transmis, ne peut excéder les sanctions envisagées par celle-ci. A défaut d'avis émis par la CPN, cette règle ne s'applique pas.
Cette décision est communiquée aux Présidents des CPN, CPR et CPL et au Président du CNOM. Le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique notifient au professionnel, la mesure prise à son encontre, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Ils joignent à cette notification l'avis de la CPN.

Cette décision qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 15 jours à compter de la date de la décision. La décision est alors exécutoire.

Article 4 Procédure exceptionnelle de déconventionnement

En cas de violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale par l'organisme de sécurité sociale en application du 3ème alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse du lieu d'exercice du professionnel peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.
Cette suspension provisoire ne peut excéder trois mois.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le professionnel dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée. A défaut, la procédure est réputée abandonnée.
Simultanément, le directeur de la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies à la présente annexe. Le préalable de l'avertissement décrit à l'article 1 de la présente annexe ne s'applique pas à cette procédure.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif.

ANNEXE 25. OBSERVATOIRE SUR LES PRATIQUES TARIFAIRES

Conformément aux dispositions de l'article 48 de la convention nationale, un observatoire du suivi des options pratique tarifaire maitrisée.

Article 1 Composition de l'observatoire

L'observatoire est composé d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM, le président de l'UNOCAM et les syndicats représentatifs des médecins libéraux signataires de la convention nationale. Des personnalités qualifiées assistent également aux travaux de la commission.

Article 2 Mise en place de l'observatoire

L'observatoire des pratiques tarifaires est mis en place dans les 3 mois suivants l'entrée en vigueur de la présente convention.
Lors de sa réunion d'installation, l'observatoire adopte un règlement intérieur.
L'observatoire se réunit chaque trimestre.

Article 3 Rôle de l'observatoire

L'observatoire a pour objet d'assurer le suivi de la mise en œuvre et l'évaluation des options définies aux articles 40 et suivants de la présente convention et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires au regard des dispositions de l'article 38.3 de la convention. Il analyse l'impact des options pratique tarifaire maitrisée sur l'amélioration de la prise en charge des assurés sociaux notamment au regard de la part des actes réalisés aux tarifs opposables. Il suit l'évolution des pratiques tarifaires et des taux de dépassement des médecins adhérant aux options.
L'observatoire assure également un suivi de la mise en œuvre des dispositions de l'article 85 de la convention et de l'article 3 de l'annexe 24.
Il établit un rapport annuel sur l'évolution des pratiques tarifaires.

Article 4 Indemnisation des experts désignés par les syndicats représentatifs

Les experts désignés par les syndicats signataires de la convention nationale perçoivent une indemnisation de 13 C par séance et une indemnité de déplacement.
L'indemnité de déplacement et de séjour est fixée, lors de la première réunion de la commission, conformément aux modalités prévues pour les conseillers des caisses.

ANNEXE 26. TARIFS DES ACTES DE LA CCAM TECHNIQUE

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AAFA001	1	0	647,32	594,89
AAFA001	4	0	520,24	520,24
AAFA002	1	0	603,36	525,51
AAFA002	4	0	335,19	335,19
AAFA003	1	0	947,93	813,14
AAFA003	4	0	498,98	498,98
AAFA004	1	0	850,16	850,16
AAFA004	4	0	435,22	435,22
AAFA005	1	0	676,39	655,65
AAFA005	4	0	379,85	379,85
AAFA006	1	0	418,00	418,00
AAFA006	4	0	301,47	301,47
AAFA007	1	0	601,23	524,28
AAFA007	4	0	360,12	360,12
AAFA008	1	0	418,00	418,00
AAFA008	4	0	378,45	378,45
AAGB001	1	0	131,17	93,63
AAJA001	1	0	523,24	408,82
AAJA001	4	0	230,76	230,76
AAJA002	1	0	305,58	282,57
AAJA002	4	0	275,90	275,90
AAJA003	1	0	418,00	418,00
AAJA003	4	0	357,92	357,92
AAJA004	1	0	283,60	269,82
AAJA004	4	0	286,84	286,84
AAJA005	1	0	250,99	215,80
AAJA005	4	0	97,51	97,51
AAJA006	1	0	433,91	383,33
AAJA006	4	0	241,45	241,45
AAJH001	1	0	167,20	167,20
AAJH001	4	0	126,46	126,46
AAJH002	1	0	250,80	250,80
AAJH002	4	0	231,55	231,55
AAJH003	1	0	167,20	167,20
AAJH003	4	0	126,46	126,46
AAJH004	1	0	250,80	250,80
AAJH004	4	0	231,55	231,55
AAKA001	1	0	104,50	104,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AALA002	1	0	272,83	272,83
AALA002	4	0	178,05	178,05
AALA004	1	0	104,50	104,50
AALB001	1	0	916,03	794,64
AALB001	4	0	272,87	272,87
AALB002	1	0	627,00	627,00
AALB002	4	0	261,87	261,87
AAMP173	1	0	102,81	102,81
AAMP387	1	0	60,48	60,48
AANB001	1	0	695,53	695,53
AANB001	4	0	265,91	265,91
AAQM002	1	0	37,80	37,80
AAQN004	1	0	69,00	69,00
AAQP002	1	0	209,95	145,97
AAQP003	1	0	80,35	70,80
AAQP006	1	0	139,97	105,37
AAQP007	1	0	57,60	57,60
AAQP009	1	0	93,31	78,31
AAQP010	1	0	233,28	159,49
AAQP011	1	0	84,67	73,30
AAQP012	1	0	345,60	256,90
AAQP013	1	0	345,60	256,90
ABCA001	1	0	421,86	376,35
ABCA001	4	0	189,03	189,03
ABCA002	1	0	261,62	257,08
ABCA002	4	0	142,11	142,11
ABCA003	1	0	261,62	257,08
ABCA003	4	0	140,64	140,64
ABCA004	1	0	268,00	260,78
ABCA004	4	0	135,88	135,88
ABCB001	1	0	145,35	119,42
ABCB001	4	0	99,34	99,34
ABCC001	1	0	366,55	344,27
ABCC001	4	0	166,30	166,30
ABFA001	1	0	617,54	445,95
ABFA001	4	0	225,72	225,72
ABFA002	1	0	1 000,40	843,57
ABFA002	4	0	382,78	382,78

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ABFA003	1	0	282,29	282,29
ABFA003	4	0	171,11	171,11
ABFA004	1	0	891,92	666,55
ABFA004	4	0	302,99	302,99
ABFA005	1	0	811,10	733,77
ABFA005	4	0	378,39	378,39
ABFA006	1	0	884,83	732,65
ABFA006	4	0	435,21	435,21
ABFA007	1	0	244,87	244,87
ABFA007	4	0	169,42	169,42
ABFA008	1	0	792,66	723,09
ABFA008	4	0	385,37	385,37
ABFA009	1	0	1 006,78	935,06
ABFA009	4	0	375,80	375,80
ABFA010	1	0	725,31	684,02
ABFA010	4	0	355,66	355,66
ABFC001	1	0	651,57	641,25
ABFC001	4	0	358,59	358,59
ABFC002	1	0	627,00	627,00
ABFC002	4	0	337,33	337,33
ABGA002	1	0	91,46	70,61
ABGA002	4	0	64,15	64,15
ABGA003	1	0	65,23	55,39
ABHB001	1	0	92,88	86,13
ABHB002	1	0	39,00	34,71
ABJA001	1	0	259,96	259,96
ABJA001	4	0	273,64	273,64
ABJA002	1	0	250,80	250,80
ABJA002	4	0	173,26	173,26
ABJA003	1	0	194,27	182,90
ABJA003	4	0	138,49	138,49
ABJA004	1	0	313,50	313,50
ABJA004	4	0	201,86	201,86
ABJA005	1	0	313,50	313,50
ABJA005	4	0	201,86	201,86
ABJA006	1	0	250,80	250,80
ABJA006	4	0	156,78	156,78
ABJA007	1	0	324,72	320,01
ABJA007	4	0	230,08	230,08
ABJA008	1	0	254,53	235,41
ABJA008	4	0	188,33	188,33
ABJB001	1	0	102,10	91,47
ABJB001	4	0	86,88	86,88
ABJB002	1	0	34,71	34,71
ABLA001	1	0	156,69	125,99
ABLA001	4	0	120,96	120,96
ABLB001	1	0	110,60	99,26
ABLB002	1	0	116,99	102,97
ABLB003	1	0	96,42	91,04
ABMA002	1	0	255,24	183,15
ABMA002	4	0	79,54	79,54
ABMA003	1	0	262,33	239,93
ABMA003	4	0	104,50	104,50
ABML001	1	0	138,15	138,15
ABQL002	1	0	279,63	279,63
ABQL003	1	0	138,15	138,15
ABSA001	1	0	419,02	418,59
ABSA001	4	0	259,68	259,68
ABSA002	1	0	589,82	517,66
ABSA002	4	0	276,18	276,18
ABSA003	1	0	501,58	501,58
ABSA003	4	0	229,90	229,90
ABSA004	1	0	418,00	418,00
ABSA004	4	0	229,90	229,90
ABSA005	1	0	470,32	470,32
ABSA005	4	0	229,90	229,90
ABSA006	1	0	589,82	517,66
ABSA006	4	0	276,18	276,18
ABSA007	1	0	517,57	475,75
ABSA007	4	0	267,01	267,01
ABSA008	1	0	418,00	418,00
ABSA008	4	0	229,90	229,90
ABSA009	1	0	418,00	418,00
ABSA009	4	0	229,90	229,90
ABSA010	1	0	518,55	518,55
ABSA010	4	0	254,54	254,54
ABSA011	1	0	455,84	439,95
ABSA011	4	0	229,90	229,90
ABSA012	1	0	418,00	418,00
ABSA012	4	0	229,90	229,90

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ACFA001	1	0	699,07	668,80
ACFA001	4	0	341,39	341,39
ACFA002	1	0	621,08	535,79
ACFA002	4	0	376,94	376,94
ACFA003	1	0	715,05	715,05
ACFA003	4	0	258,58	258,58
ACFA004	1	0	1 159,22	1 023,46
ACFA004	4	0	431,15	431,15
ACFA005	1	0	1 228,92	1 107,79
ACFA005	4	0	471,78	471,78
ACFA006	1	0	741,51	605,64
ACFA006	4	0	245,02	245,02
ACFA007	1	0	1 256,64	1 123,87
ACFA007	4	0	395,17	395,17
ACFA008	1	0	571,45	550,89
ACFA008	4	0	395,61	395,61
ACFA009	1	0	963,27	734,26
ACFA009	4	0	250,15	250,15
ACFA010	1	0	1 228,92	1 107,79
ACFA010	4	0	515,77	515,77
ACFA011	1	0	706,16	672,91
ACFA011	4	0	352,74	352,74
ACFA012	1	0	940,50	940,50
ACFA012	4	0	454,55	454,55
ACFA013	1	0	1 177,65	946,37
ACFA013	4	0	369,61	369,61
ACFA014	1	0	1 205,14	1 205,14
ACFA014	4	0	563,79	563,79
ACFA015	1	0	787,70	720,20
ACFA015	4	0	348,35	348,35
ACFA016	1	0	1 214,52	1 055,54
ACFA016	4	0	445,81	445,81
ACFA018	1	0	761,47	661,10
ACFA018	4	0	445,10	445,10
ACFA019	1	0	989,76	837,40
ACFA019	4	0	418,00	418,00
ACFA020	1	0	942,26	897,64
ACFA020	4	0	396,69	396,69
ACFA022	1	0	1 046,48	870,30
ACFA022	4	0	441,05	441,05

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ACFA023	1	0	1 041,52	867,42
ACFA023	4	0	443,29	443,29
ACFA024	1	0	808,97	732,54
ACFA024	4	0	383,90	383,90
ACFA025	1	0	1 238,54	1 238,54
ACFA025	4	0	529,75	529,75
ACFA026	1	0	991,89	838,63
ACFA026	4	0	355,31	355,31
ACFA027	1	0	1 370,60	1 189,96
ACFA027	4	0	540,32	540,32
ACFA028	1	0	773,52	624,20
ACFA028	4	0	386,84	386,84
ACFA029	1	0	944,79	723,54
ACFA029	4	0	258,58	258,58
ACHA001	1	0	369,39	284,47
ACHA001	4	0	198,68	198,68
ACHA002	1	0	231,13	204,28
ACHA002	4	0	127,93	127,93
ACHA003	1	0	220,73	220,73
ACHA003	4	0	138,55	138,55
ACHB001	1	0	522,50	522,50
ACHB001	4	0	229,90	229,90
ACHH001	1	0	104,50	104,50
ACHJ001	1	0	104,50	104,50
ACPA001	1	0	596,27	521,40
ACPA001	4	0	231,81	231,81
ACQH001	1	0	25,27	25,27
ACQH002	1	0	50,54	50,54
ACQH003	1	0	25,27	25,27
ACQH004	1	0	50,54	50,54
ACQJ001	1	0	69,00	69,00
ACQJ002	1	0	69,00	69,00
ACQK001	1	0	25,27	25,27
ACQK003	1	0	25,27	25,27
ACQL001	1	0	268,87	268,87
ACQL002	1	0	89,54	89,54
ACQL003	1	0	268,87	268,87
ACQL004	1	0	274,25	274,25
ACQL005	1	0	327,30	327,30
ACQL007	1	0	274,25	274,25

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ACQL008	1	0	274,25	274,25
ACQN001	1	0	69,00	69,00
ACQN002	1	0	69,00	69,00
ACQN003	1	0	69,00	69,00
ACQN004	1	0	69,00	69,00
ACQP002	1	0	203,04	125,40
ADCA001	1	0	440,58	440,58
ADCA001	4	0	176,17	176,17
ADCA002	1	0	343,42	264,65
ADCA002	4	0	115,08	115,08
ADCA003	1	0	672,66	672,66
ADCA003	4	0	207,28	207,28
ADCA004	1	0	104,50	104,50
ADCA004	4	0	58,28	58,28
ADCA005	1	0	374,48	374,48
ADCA005	4	0	186,38	186,38
ADCA006	1	0	497,70	497,70
ADCA006	4	0	263,56	263,56
ADCA007	1	0	707,49	707,49
ADCA007	4	0	207,28	207,28
ADEA001	1	0	481,23	481,23
ADEA001	4	0	172,15	172,15
ADEA002	1	0	349,93	349,93
ADEA002	4	0	155,89	155,89
ADEA003	1	0	990,99	692,92
ADEA003	4	0	176,17	176,17
ADEA004	1	0	654,51	654,51
ADEA004	4	0	175,44	175,44
ADEA005	1	0	573,36	573,36
ADEA005	4	0	275,11	275,11
ADFA002	1	0	420,55	420,55
ADFA002	4	0	184,69	184,69
ADFA003	1	0	257,66	257,66
ADFA003	4	0	107,02	107,02
ADFA004	1	0	746,79	746,79
ADFA004	4	0	207,28	207,28
ADFA005	1	0	248,15	226,96
ADFA005	4	0	105,54	105,54
ADFA006	1	0	443,27	443,27
ADFA006	4	0	155,89	155,89

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ADGA001	1	0	56,72	56,72
ADKA001	1	0	63,81	63,81
ADLA001	1	0	226,88	226,88
ADLA001	4	0	128,93	128,93
ADLB001	1	0	35,45	24,59
ADLH001	1	0	44,87	38,40
ADLH002	1	0	13,90	9,60
ADLH003	1	0	59,41	9,60
ADNB001	1	0	34,03	23,77
ADNH001	1	0	209,00	209,00
ADNH002	1	0	209,00	209,00
ADPA001	1	0	522,50	522,50
ADPA001	4	0	271,70	271,70
ADPA002	1	0	374,48	374,48
ADPA002	4	0	228,18	228,18
ADPA003	1	0	83,60	83,60
ADPA003	4	0	56,08	56,08
ADPA004	1	0	134,00	121,62
ADPA004	4	0	65,98	65,98
ADPA005	1	0	634,69	634,69
ADPA005	4	0	292,43	292,43
ADPA007	1	0	614,60	614,60
ADPA007	4	0	283,05	283,05
ADPA008	1	0	410,41	356,18
ADPA008	4	0	155,89	155,89
ADPA009	1	0	347,73	347,73
ADPA009	4	0	108,87	108,87
ADPA010	1	0	909,37	684,71
ADPA010	4	0	298,07	298,07
ADPA011	1	0	773,08	623,95
ADPA011	4	0	229,90	229,90
ADPA012	1	0	202,59	202,59
ADPA012	4	0	69,65	69,65
ADPA013	1	0	570,75	436,37
ADPA013	4	0	177,34	177,34
ADPA014	1	0	313,50	313,50
ADPA014	4	0	226,73	226,73
ADPA015	1	0	121,76	121,76
ADPA015	4	0	59,74	59,74
ADPA016	1	0	113,44	109,69

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ADPA016	4	0	61,22	61,22
ADPA017	1	0	92,72	92,72
ADPA017	4	0	61,58	61,58
ADPA018	1	0	374,48	374,48
ADPA018	4	0	228,18	228,18
ADPA019	1	0	393,50	385,50
ADPA019	4	0	228,18	228,18
ADPA020	1	0	227,59	227,59
ADPA020	4	0	86,43	86,43
ADPA021	1	0	702,55	702,55
ADPA021	4	0	229,90	229,90
ADPA022	1	0	374,48	374,48
ADPA022	4	0	228,18	228,18
ADPA023	1	0	468,72	447,42
ADPA023	4	0	229,90	229,90
ADPA024	1	0	423,98	403,20
ADPA024	4	0	228,18	228,18
ADPC001	1	0	403,28	403,28
ADPC001	4	0	252,18	252,18
ADPC002	1	0	448,09	429,27
ADPC002	4	0	269,77	269,77
ADPC003	1	0	404,18	404,18
ADPC003	4	0	252,18	252,18
ADPC004	1	0	313,50	313,50
ADPC004	4	0	206,57	206,57
ADQB001	1	0	42,08	42,08
ADQB002	1	0	44,58	44,58
ADQP002	1	0	53,76	53,76
ADQP003	1	0	56,24	56,24
ADQP007	1	0	80,64	80,64
ADQP014	1	0	50,11	43,58
AEFA001	1	0	733,11	688,54
AEFA001	4	0	287,50	287,50
AEFA002	1	0	1 046,48	1 001,97
AEFA002	4	0	397,06	397,06
AEFA003	1	0	737,36	691,01
AEFA003	4	0	287,50	287,50
AEGA001	1	0	182,92	123,65
AEGA001	4	0	112,90	112,90
AEGB001	1	0	63,10	54,16

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AEJA001	1	0	476,45	408,01
AEJA001	4	0	238,53	238,53
AEJA002	1	0	494,67	494,67
AEJA002	4	0	306,31	306,31
AEJA003	1	0	453,05	394,44
AEJA003	4	0	183,53	183,53
AEJA004	1	0	395,62	334,80
AEJA004	4	0	211,41	211,41
AEJA005	1	0	428,99	428,99
AEJA005	4	0	283,95	283,95
AEKA001	1	0	104,50	104,50
AEKA001	4	0	104,50	104,50
AELA001	1	0	265,17	259,13
AELA001	4	0	149,09	149,09
AELA002	1	0	104,50	104,50
AELA002	4	0	48,00	48,00
AELB001	1	0	167,20	167,20
AELB001	4	0	104,50	104,50
AELB002	1	0	168,74	132,99
AENA001	1	0	550,59	550,59
AENA001	4	0	208,82	208,82
AEPA001	1	0	541,68	445,84
AEPA001	4	0	181,71	181,71
AEPA002	1	0	521,82	434,33
AEPA002	4	0	171,82	171,82
AEPA004	1	0	458,58	458,58
AEPA004	4	0	226,90	226,90
AEPB001	1	0	366,07	366,07
AEPB001	4	0	152,39	152,39
AEQH001	1	0	106,40	106,40
AEQH002	1	0	106,40	106,40
AEQM001	1	0	37,80	37,80
AFCA001	1	0	470,78	404,72
AFCA001	4	0	177,30	177,30
AFCA002	1	0	248,86	179,45
AFCA002	4	0	89,44	89,44
AFCA003	1	0	523,24	435,15
AFCA003	4	0	186,83	186,83
AFCA004	1	0	116,99	102,97
AFFA001	1	0	705,46	567,16

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AFFA001	4	0	230,77	230,77
AFFA002	1	0	752,25	721,59
AFFA002	4	0	292,60	292,60
AFFA003	1	0	657,95	601,06
AFFA003	4	0	229,90	229,90
AFFA004	1	0	376,20	376,20
AFFA004	4	0	172,86	172,86
AFFA005	1	0	504,10	489,88
AFFA005	4	0	238,05	238,05
AFFA006	1	0	270,84	209,75
AFFA006	4	0	141,88	141,88
AFFA007	1	0	635,26	526,46
AFFA007	4	0	207,32	207,32
AFFA008	1	0	742,32	650,00
AFFA008	4	0	229,90	229,90
AFFA009	1	0	806,84	691,80
AFFA009	4	0	267,37	267,37
AFFA010	1	0	417,60	373,88
AFFA010	4	0	210,98	210,98
AFFA011	1	0	871,36	724,84
AFFA011	4	0	235,49	235,49
AFGA001	1	0	65,23	55,39
AFGA002	1	0	126,20	90,75
AFGA002	4	0	67,08	67,08
AFHB001	1	0	63,94	43,53
AFHB002	1	0	34,56	26,50
AFJA001	1	0	314,09	313,84
AFJA001	4	0	149,44	149,44
AFJA002	1	0	348,12	307,25
AFJA002	4	0	159,36	159,36
AFJA003	1	0	361,59	341,39
AFJA003	4	0	174,73	174,73
AFJA004	1	0	313,50	313,50
AFJA004	4	0	141,01	141,01
AFJA005	1	0	516,86	431,45
AFJA005	4	0	205,51	205,51
AFJB002	1	0	52,70	37,02
AFKB001	1	0	125,40	125,40
AFKB002	1	0	104,50	104,50
AFLA003	1	0	184,34	172,75

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AFLB001	1	0	50,56	35,78
AFLB004	1	0	104,50	104,50
AFLB006	1	0	35,39	26,98
AFLB007	1	0	44,90	44,90
AFLB008	1	0	183,63	163,57
AFLB010	4	0	209,00	209,00
AFLB016	1	0	106,81	97,06
AFLB017	1	0	106,81	97,06
AFLH001	1	0	68,26	28,80
AFLH002	1	0	47,40	28,80
AFPA001	1	0	250,80	250,80
AFPA001	4	0	134,43	134,43
AFQH001	1	0	106,40	106,40
AFQH002	1	0	106,40	106,40
AFQH003	1	0	106,40	106,40
AFSA001	1	0	359,48	359,48
AFSA001	4	0	215,46	215,46
AFSA002	1	0	313,50	313,50
AFSA002	4	0	188,10	188,10
AFSA003	1	0	258,79	255,44
AFSA003	4	0	131,13	131,13
AGLB001	1	0	65,73	62,31
AGMP001	1	0	668,00	668,00
AHCA001	1	0	737,77	737,77
AHCA001	4	0	276,93	276,93
AHCA002	1	0	396,24	396,24
AHCA002	4	0	194,99	194,99
AHCA003	1	0	286,44	231,61
AHCA003	4	0	79,16	79,16
AHCA004	1	0	288,56	232,84
AHCA004	4	0	79,16	79,16
AHCA005	1	0	164,49	160,88
AHCA005	4	0	80,25	80,25
AHCA006	1	0	370,81	320,05
AHCA006	4	0	114,49	114,49
AHCA007	1	0	179,38	169,51
AHCA007	4	0	101,88	101,88
AHCA008	1	0	514,73	416,69
AHCA008	4	0	143,94	143,94
AHCA009	1	0	294,94	236,54

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AHCA009	4	0	79,16	79,16
AHCA010	1	0	340,17	340,17
AHCA010	4	0	87,22	87,22
AHCA011	1	0	288,56	232,84
AHCA011	4	0	79,16	79,16
AHCA012	1	0	387,11	309,75
AHCA012	4	0	142,29	142,29
AHCA013	1	0	249,94	249,94
AHCA013	4	0	114,49	114,49
AHCA014	1	0	787,70	766,73
AHCA014	4	0	276,93	276,93
AHCA015	1	0	333,54	333,54
AHCA015	4	0	170,99	170,99
AHCA016	1	0	287,85	232,43
AHCA016	4	0	79,88	79,88
AHCA017	1	0	554,44	439,72
AHCA017	4	0	148,70	148,70
AHCA018	1	0	287,15	232,01
AHCA018	4	0	79,88	79,88
AHCA019	1	0	323,72	323,72
AHCA019	4	0	87,58	87,58
AHCA020	1	0	828,11	790,17
AHCA020	4	0	276,93	276,93
AHCA021	1	0	288,56	232,84
AHCA021	4	0	79,16	79,16
AHCA022	1	0	737,77	737,77
AHCA022	4	0	276,93	276,93
AHCA023	1	0	158,11	157,17
AHCA023	4	0	78,49	78,49
AHEA001	1	0	281,29	281,29
AHEA001	4	0	155,89	155,89
AHEA002	1	0	387,08	387,08
AHEA002	4	0	155,89	155,89
AHEA003	1	0	383,57	340,61
AHEA003	4	0	155,89	155,89
AHEA004	1	0	443,83	375,57
AHEA004	4	0	155,89	155,89
AHEA005	1	0	521,12	473,06
AHEA005	4	0	218,59	218,59
AHEA006	1	0	387,49	387,49

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AHEA006	4	0	155,89	155,89
AHEA007	1	0	281,29	281,29
AHEA007	4	0	155,89	155,89
AHEA008	1	0	379,32	338,15
AHEA008	4	0	155,89	155,89
AHEA009	1	0	460,85	385,43
AHEA009	4	0	155,89	155,89
AHEA010	1	0	516,86	417,92
AHEA010	4	0	155,89	155,89
AHEA011	1	0	443,83	375,57
AHEA011	4	0	155,89	155,89
AHEA012	1	0	281,29	281,29
AHEA012	4	0	155,89	155,89
AHEA013	1	0	387,90	387,90
AHEA013	4	0	155,89	155,89
AHEA014	1	0	433,91	369,80
AHEA014	4	0	155,89	155,89
AHEA015	1	0	333,54	333,54
AHEA015	4	0	179,89	179,89
AHEA016	1	0	372,23	334,03
AHEA016	4	0	155,89	155,89
AHEA017	1	0	431,08	431,08
AHEA017	4	0	161,15	161,15
AHEA018	1	0	954,31	863,37
AHEA018	4	0	276,93	276,93
AHFA001	1	0	392,79	310,84
AHFA001	4	0	100,04	100,04
AHFA002	1	0	197,69	197,69
AHFA002	4	0	88,09	88,09
AHFA003	1	0	836,00	836,00
AHFA003	4	0	329,28	329,28
AHFA004	1	0	197,69	197,69
AHFA004	4	0	88,09	88,09
AHFA005	1	0	250,80	250,80
AHFA005	4	0	162,27	162,27
AHFA007	1	0	704,04	566,35
AHFA007	4	0	243,60	243,60
AHFA008	1	0	617,54	441,20
AHFA008	4	0	115,07	115,07
AHFA010	1	0	572,87	415,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AHFA010	4	0	117,27	117,27
AHFA011	1	0	444,08	444,08
AHFA011	4	0	226,87	226,87
AHFA012	1	0	813,93	669,59
AHFA012	4	0	324,15	324,15
AHHA001	1	0	51,76	47,58
AHHA002	1	0	65,94	55,80
AHHB001	1	0	44,61	44,61
AHLA003	1	0	205,61	189,48
AHLB001	1	0	83,60	83,60
AHLB002	1	0	28,80	28,80
AHLB003	1	0	34,13	27,86
AHLB004	1	0	28,44	24,56
AHLB005	1	0	60,67	43,26
AHLB006	1	0	29,48	29,48
AHLB007	1	0	25,91	23,09
AHLB008	1	0	54,98	39,96
AHLB009	1	0	83,60	83,60
AHLB010	1	0	39,18	30,79
AHLB011	1	0	37,29	29,69
AHLB012	1	0	61,30	43,62
AHLB013	1	0	83,60	83,60
AHLB014	1	0	19,20	19,20
AHLB015	1	0	22,12	20,89
AHLB016	1	0	57,60	57,60
AHLB017	1	0	32,86	31,16
AHLB018	1	0	163,07	129,70
AHLH001	1	0	42,34	19,20
AHLH002	1	0	42,34	19,20
AHLH003	1	0	29,76	19,20
AHLH004	1	0	28,80	28,80
AHLH005	1	0	33,12	19,20
AHLH006	1	0	28,44	19,20
AHLH007	1	0	28,80	28,80
AHLH008	1	0	19,20	19,20
AHLH009	1	0	41,08	19,20
AHLH010	1	0	32,23	28,80
AHLH011	1	0	32,86	19,20
AHLH012	1	0	83,60	83,60
AHLH013	1	0	83,60	83,60

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AHLH014	1	0	34,76	28,80
AHLH015	1	0	28,80	28,80
AHLH016	1	0	46,77	19,20
AHLH017	1	0	28,80	28,80
AHLH018	1	0	44,87	28,80
AHLH019	1	0	83,60	83,60
AHLH020	1	0	26,88	19,20
AHNB001	1	0	61,30	43,62
AHNB002	1	0	83,60	83,60
AHNH001	1	0	59,41	28,80
AHNH002	1	0	28,80	28,80
AHPA001	1	0	125,40	125,40
AHPA001	4	0	67,44	67,44
AHPA002	1	0	455,18	329,84
AHPA002	4	0	113,45	113,45
AHPA003	1	0	102,81	94,74
AHPA003	4	0	67,08	67,08
AHPA004	1	0	437,45	376,61
AHPA004	4	0	149,40	149,40
AHPA005	1	0	531,04	439,68
AHPA005	4	0	154,20	154,20
AHPA006	1	0	544,51	421,15
AHPA006	4	0	139,91	139,91
AHPA007	1	0	220,50	163,00
AHPA007	4	0	73,31	73,31
AHPA008	1	0	125,40	125,40
AHPA008	4	0	61,59	61,59
AHPA009	1	0	104,50	104,50
AHPA009	4	0	57,55	57,55
AHPA010	1	0	197,10	158,21
AHPA010	4	0	65,98	65,98
AHPA011	1	0	116,99	111,74
AHPA011	4	0	60,11	60,11
AHPA012	1	0	331,81	236,34
AHPA012	4	0	93,84	93,84
AHPA013	1	0	113,44	109,69
AHPA013	4	0	62,68	62,68
AHPA014	1	0	182,92	149,99
AHPA014	4	0	69,65	69,65
AHPA015	1	0	117,69	103,37

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AHPA015	4	0	64,52	64,52
AHPA016	1	0	402,00	277,06
AHPA016	4	0	101,17	101,17
AHPA017	1	0	334,65	246,76
AHPA017	4	0	89,80	89,80
AHPA018	1	0	102,81	94,74
AHPA018	4	0	66,72	66,72
AHPA019	1	0	117,69	103,37
AHPA019	4	0	65,98	65,98
AHPA020	1	0	415,47	346,31
AHPA020	4	0	127,08	127,08
AHPA021	1	0	120,53	113,80
AHPA021	4	0	61,58	61,58
AHPA022	1	0	138,96	124,49
AHPA022	4	0	59,74	59,74
AHPA023	1	0	172,29	143,82
AHPA023	4	0	67,08	67,08
AHPA024	1	0	104,50	104,50
AHPA024	4	0	61,95	61,95
AHPA025	1	0	386,41	355,79
AHPA025	4	0	160,83	160,83
AHPA026	1	0	297,07	224,97
AHPA026	4	0	89,63	89,63
AHPA027	1	0	172,29	143,82
AHPA027	4	0	67,08	67,08
AHPA028	1	0	104,50	104,50
AHPA028	4	0	53,52	53,52
AHPC001	1	0	113,44	109,69
AHPC001	4	0	55,35	55,35
AHQB001	1	0	69,12	61,86
AHQB002	1	0	120,96	120,96
AHQB003	1	0	86,40	86,40
AHQB006	1	0	139,97	102,95
AHQB008	1	0	63,07	58,36
AHQB013	1	0	73,44	64,37
AHQB015	1	0	139,97	102,95
AHQB016	1	0	120,96	120,96
AHQB019	1	0	68,26	54,10
AHQB020	1	0	139,97	102,95
AHQB024	1	0	64,80	59,36

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AHQB025	1	0	86,40	86,40
AHQB026	1	0	86,40	86,40
AHQB027	1	0	51,84	51,84
AHQB028	1	0	86,40	86,40
AHQB030	1	0	51,84	51,84
AHQB031	1	0	178,85	140,02
AHQB032	1	0	122,69	121,96
AHQB033	1	0	144,29	134,49
AHQD001	1	0	120,96	120,96
AHQD002	1	0	120,96	120,96
AHQD003	1	0	80,35	61,12
AHQE002	1	0	123,97	93,67
AHQJ021	4	0	28,44	28,44
AHQP003	1	0	55,30	46,58
AHQP004	1	0	73,44	66,79
AHQP006	1	0	54,67	53,48
AHQP008	1	0	65,66	52,60
AHQP009	1	0	76,90	59,11
AHQP010	1	0	67,39	53,60
AHQP011	1	0	60,48	49,59
AHQP012	1	0	71,71	56,11
AHQP013	1	0	42,34	39,07
AHRP001	1	0	90,72	67,13
AJFA001	1	0	250,80	250,80
AJFA001	4	0	143,94	143,94
AJFA002	1	0	202,07	143,53
AJFA002	4	0	71,48	71,48
AJFA003	1	0	285,73	271,06
AJFA003	4	0	189,39	189,39
AJFC001	1	0	322,60	304,54
AJFC001	4	0	172,35	172,35
AJFC002	1	0	289,20	289,20
AJFC002	4	0	248,55	248,55
AJLB001	1	0	43,61	37,39
AJLB002	1	0	54,98	39,96
AJLF001	1	0	57,60	57,60
AJLH001	1	0	57,60	57,60
AJLH002	1	0	50,56	28,80
AJLH003	1	0	60,67	19,20
AJLH004	1	0	19,20	19,20

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
AJLH005	1	0	83,60	83,60
AJLH006	1	0	28,80	28,80
AJLH007	1	0	76,47	57,60
AJLH008	1	0	44,16	19,20
AJLH009	1	0	57,60	57,60
AJLH010	1	0	28,80	28,80
AJLH011	1	0	83,60	83,60
AJLH012	1	0	19,20	19,20
AJLH013	1	0	83,60	83,60
AJLH014	1	0	68,26	28,80
AJLH015	1	0	70,15	57,60
AJLH016	1	0	70,15	57,60
AJLH017	1	0	57,60	57,60
AJLH018	1	0	49,44	28,80
AJLH019	1	0	28,80	28,80
AJLH020	1	0	32,86	28,80
AJLJ001	1	0	61,94	28,80
AJLJ002	1	0	186,20	186,20
AJLJ002	4	0	48,00	48,00
AJLJ003	1	0	61,94	57,60
AJNA001	1	0	387,11	329,86
AJNA001	4	0	163,73	163,73
AJNC001	1	0	359,23	359,23
AJNC001	4	0	248,60	248,60
AJNC002	1	0	467,94	419,20
AJNC002	4	0	314,52	314,52
AJNH001	1	0	42,24	19,20
AJNH002	1	0	19,20	19,20
AJNH003	1	0	94,05	94,05
AJNH004	1	0	94,05	94,05
AJNH005	1	0	19,20	19,20
AJNH006	1	0	87,85	19,20
AJNH007	1	0	64,80	19,20
AJNH008	1	0	53,76	19,20
AJNH009	1	0	42,34	19,20
AJNJ001	1	0	61,94	19,20
ALQP002	1	0	69,12	69,12
ALQP003	1	0	69,12	69,12
ALQP004	1	0	69,12	69,12
ALQP005	1	0	69,12	69,12
ALQP006	1	0	69,12	69,12
AMQP009	1	0	120,96	106,44
AMQP010	1	0	136,32	136,32
AMQP011	1	0	136,32	136,32
AMQP012	1	0	214,27	181,53
AMQP013	1	0	214,27	181,53
AMQP014	1	0	246,24	200,07
AMQP015	1	0	246,24	200,07
ANLB004	1	0	57,60	57,60
ANMP001	1	0	83,60	83,60
ANQP002	1	0	65,66	62,28
ANQP004	1	0	80,35	70,80
ANQP006	1	0	132,19	100,87
AZGA001	1	0	49,63	46,34
AZQP002	1	0	95,90	78,21
AZQX005	1	0	92,09	92,09
AZRP001	1	0	39,18	29,18
AZRP001	4	0	48,00	48,00
BAAA001	1	0	175,09	175,09
BAAA001	4	0	85,34	85,34
BAAA002	1	0	167,20	167,20
BAAA002	4	0	73,61	73,61
BABA001	1	0	175,09	175,09
BABA001	4	0	85,34	85,34
BACA001	1	0	117,60	117,60
BACA001	4	0	76,43	76,43
BACA002	1	0	29,07	25,64
BACA003	1	0	58,99	58,99
BACA004	1	0	41,80	41,80
BACA005	1	0	62,70	62,70
BACA006	1	0	125,37	125,37
BACA006	4	0	80,09	80,09
BACA007	1	0	104,90	87,18
BACA007	4	0	61,22	61,22
BACA008	1	0	29,07	25,64
BADA001	1	0	140,25	140,25
BADA001	4	0	63,42	63,42
BADA002	1	0	261,12	261,12
BADA002	4	0	119,77	119,77
BADA003	1	0	68,90	68,90

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BADA003	4	0	61,58	61,58
BADA004	1	0	167,20	167,20
BADA004	4	0	75,81	75,81
BADA005	1	0	125,40	125,40
BADA005	4	0	60,11	60,11
BADA006	1	0	260,39	260,39
BADA006	4	0	134,99	134,99
BAEA001	1	0	111,92	111,92
BAEA001	4	0	66,35	66,35
BAEA002	1	0	204,15	204,15
BAEA002	4	0	82,84	82,84
BAEA003	1	0	306,29	247,87
BAEA003	4	0	86,07	86,07
BAFA001	1	0	125,40	125,40
BAFA001	4	0	62,68	62,68
BAFA002	1	0	135,52	135,52
BAFA002	4	0	71,48	71,48
BAFA004	1	0	167,20	167,20
BAFA004	4	0	75,81	75,81
BAFA005	1	0	94,49	81,14
BAFA005	4	0	64,88	64,88
BAFA006	1	0	53,57	48,62
BAFA007	1	0	125,40	125,40
BAFA007	4	0	63,05	63,05
BAFA008	1	0	188,10	188,10
BAFA008	4	0	86,40	86,40
BAFA009	1	0	190,03	190,03
BAFA009	4	0	88,34	88,34
BAFA010	1	0	42,41	37,76
BAFA011	1	0	188,10	188,10
BAFA011	4	0	86,40	86,40
BAFA012	1	0	34,97	33,44
BAFA013	1	0	32,16	32,16
BAFA014	1	0	54,24	54,24
BAFA014	4	0	61,95	61,95
BAFA015	1	0	125,40	125,40
BAFA015	4	0	60,85	60,85
BAFA019	1	0	94,05	94,05
BAFA019	4	0	48,00	48,00
BAGA001	1	0	31,72	31,72

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BAHA001	1	0	29,02	24,89
BALA001	1	0	180,43	180,43
BALA001	4	0	76,17	76,17
BALB001	1	0	31,99	25,01
BAMA001	1	0	270,07	235,64
BAMA001	4	0	95,67	95,67
BAMA002	1	0	207,17	207,17
BAMA002	4	0	91,82	91,82
BAMA003	1	0	191,24	191,24
BAMA003	4	0	86,40	86,40
BAMA004	1	0	188,10	188,10
BAMA004	4	0	72,21	72,21
BAMA005	1	0	218,59	218,59
BAMA005	4	0	116,89	116,89
BAMA007	1	0	282,15	282,15
BAMA007	4	0	108,50	108,50
BAMA008	1	0	296,86	251,18
BAMA008	4	0	90,54	90,54
BAMA009	1	0	97,39	97,39
BAMA009	4	0	69,28	69,28
BAMA010	1	0	237,34	216,66
BAMA010	4	0	86,51	86,51
BAMA011	1	0	236,81	217,66
BAMA011	4	0	101,90	101,90
BAMA012	1	0	83,60	83,60
BAMA012	4	0	66,35	66,35
BAMA013	1	0	239,53	239,53
BAMA013	4	0	92,01	92,01
BAMA015	1	0	256,68	227,88
BAMA015	4	0	92,01	92,01
BAMA016	1	0	96,82	96,82
BAMA016	4	0	78,81	78,81
BAMA017	1	0	125,40	125,40
BAMA017	4	0	68,18	68,18
BAMA018	1	0	270,07	235,64
BAMA018	4	0	83,94	83,94
BAMA019	1	0	217,99	205,43
BAMA019	4	0	84,31	84,31
BAMA020	1	0	106,88	106,88
BAMA020	4	0	71,85	71,85

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BANP001	1	0	49,76	49,76
BANP003	1	0	41,80	41,80
BANP004	1	0	18,84	18,84
BAPA002	1	0	62,70	62,70
BAPA003	1	0	167,20	167,20
BAPA003	4	0	73,15	73,15
BAPA004	1	0	31,35	31,35
BAPA004	4	0	60,85	60,85
BAPA005	1	0	167,20	167,20
BAPA005	4	0	79,11	79,11
BAQP001	1	0	24,52	24,52
BASA001	1	0	207,17	207,17
BASA001	4	0	66,35	66,35
BBCA001	1	0	209,00	209,00
BBCA001	4	0	95,23	95,23
BBCA003	1	0	209,00	209,00
BBCA003	4	0	93,39	93,39
BBCE001	1	0	209,00	209,00
BBFA001	1	0	284,56	284,56
BBFA001	4	0	97,43	97,43
BBFA002	1	0	83,60	83,60
BBFA002	4	0	59,74	59,74
BBFA003	1	0	83,60	83,60
BBFA003	4	0	63,05	63,05
BBFA004	1	0	142,13	142,13
BBFA004	4	0	67,08	67,08
BBGA001	1	0	83,60	83,60
BBHA001	1	0	31,72	31,72
BBHA002	1	0	31,72	31,72
BBJD001	1	0	19,29	19,29
BBLD001	1	0	83,60	83,60
BBLD002	1	0	52,25	52,25
BBLD003	1	0	21,87	21,87
BBLD004	1	0	35,39	35,39
BBMA002	1	0	167,20	167,20
BBMA002	4	0	73,15	73,15
BBMA003	1	0	167,20	167,20
BBMA003	4	0	79,20	79,20
BBMA004	1	0	167,20	167,20
BBMA004	4	0	73,15	73,15

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BBPA001	1	0	83,60	83,60
BBPA001	4	0	60,85	60,85
BBPA002	1	0	33,88	33,88
BBPA003	1	0	31,35	31,35
BBQH001	1	0	39,90	39,90
BBQL001	1	0	176,85	176,85
BBQP001	1	0	19,20	19,20
BBSP001	1	0	23,17	23,17
BCBP001	1	0	45,17	45,17
BCBP001	4	0	57,91	57,91
BCCA001	1	0	52,25	52,25
BCFA003	1	0	105,59	105,59
BCFA003	4	0	69,27	69,27
BCFA004	1	0	104,50	104,50
BCFA004	4	0	58,28	58,28
BCFA005	1	0	121,13	121,13
BCFA005	4	0	77,34	77,34
BCFA006	1	0	92,71	92,71
BCFA006	4	0	67,81	67,81
BCFA007	1	0	276,93	276,93
BCFA007	4	0	128,50	128,50
BCFA008	1	0	52,25	52,25
BCFA008	4	0	56,82	56,82
BCFA009	1	0	66,40	66,40
BCFA009	4	0	59,39	59,39
BCHA001	1	0	16,98	16,98
BCHP001	1	0	19,20	19,20
BCLA001	1	0	19,20	19,20
BCLB001	1	0	15,94	15,94
BCMA001	1	0	104,50	104,50
BCMA001	4	0	57,91	57,91
BCNP001	1	0	27,48	27,48
BCPA001	1	0	28,63	28,63
BCPA002	1	0	104,50	104,50
BCPA002	4	0	62,31	62,31
BCPA003	1	0	52,08	52,08
BCPA003	4	0	60,85	60,85
BCPA004	1	0	52,25	52,25
BCPA004	4	0	58,28	58,28
BCPA005	1	0	33,88	33,88

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BCPA005	4	0	53,15	53,15
BCQP001	1	0	14,33	14,33
BDCA001	1	0	131,06	131,06
BDCA001	4	0	92,37	92,37
BDCA002	1	0	165,08	165,08
BDCA002	4	0	148,33	148,33
BDCA003	1	0	104,50	104,50
BDCA004	1	0	111,64	111,64
BDCA004	4	0	93,47	93,47
BDCB001	1	0	21,87	21,87
BDFA001	1	0	250,80	250,80
BDFA001	4	0	104,50	104,50
BDFA002	1	0	104,50	104,50
BDFA002	4	0	63,42	63,42
BDFA003	1	0	54,74	54,74
BDFA003	4	0	57,91	57,91
BDFA004	1	0	104,50	104,50
BDFA004	4	0	63,42	63,42
BDFL001	1	0	235,13	235,13
BDFL001	4	0	73,86	73,86
BDFP002	1	0	104,50	104,50
BDGA002	1	0	78,38	78,38
BDGA004	1	0	78,38	78,38
BDGA005	1	0	52,25	52,25
BDGP002	1	0	20,90	20,90
BDGP003	1	0	24,31	24,31
BDHA001	1	0	31,35	31,35
BDHP001	1	0	13,10	13,10
BDLA002	1	0	250,80	250,80
BDLA002	4	0	116,10	116,10
BDLA003	1	2	65,73	65,73
BDLA003	1	1	296,36	296,36
BDLA003	4	2	79,18	79,18
BDLA003	4	1	142,15	142,15
BDLA005	1	0	139,13	139,13
BDMA001	1	0	250,80	250,80
BDMA001	4	0	116,10	116,10
BDMA002	1	0	250,80	250,80
BDMA002	4	0	115,01	115,01
BDMA003	1	0	355,30	355,30
BDMA003	4	0	146,30	146,30
BDMA006	1	0	250,80	250,80
BDMA006	4	0	114,64	114,64
BDMA008	1	0	271,70	271,70
BDMA008	4	0	125,77	125,77
BDMP002	1	0	44,16	44,16
BDNP001	1	0	24,89	24,89
BDNP002	1	0	25,17	25,17
BDNP003	1	0	104,50	104,50
BDQP001	1	0	17,28	17,28
BDQP002	1	0	21,87	21,87
BDQP003	1	0	19,77	19,77
BDQP004	1	0	35,51	35,51
BDRP027	1	0	112,34	112,34
BEEA001	1	0	83,60	83,60
BEEA001	4	0	66,72	66,72
BEEA002	1	0	97,25	97,25
BEEA002	4	0	70,74	70,74
BEFA001	1	0	113,22	113,22
BEFA001	4	0	79,55	79,55
BEFA003	1	0	128,75	128,75
BEFA003	4	0	68,55	68,55
BEFA004	1	0	232,77	232,77
BEFA004	4	0	84,60	84,60
BEFA005	1	0	250,80	250,80
BEFA005	4	0	104,50	104,50
BEFA007	1	0	125,40	125,40
BEFA007	4	0	83,60	83,60
BEFA008	1	0	209,00	209,00
BEFA008	4	0	90,83	90,83
BEFA009	1	0	282,83	282,83
BEFA009	4	0	94,50	94,50
BEGA002	1	0	84,48	84,48
BEGA002	4	0	72,94	72,94
BEGA003	1	0	300,28	300,28
BEGA003	4	0	144,52	144,52
BEGA004	1	0	104,50	104,50
BEGA004	4	0	77,34	77,34
BEHB001	1	0	36,04	36,04
BEJB001	1	0	70,99	70,99

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BEJB002	1	0	49,42	49,42
BEJB004	1	0	227,59	227,59
BEJB004	4	0	110,63	110,63
BELA001	1	0	104,50	104,50
BELA001	4	0	57,60	57,60
BELB001	1	0	49,42	49,42
BEMA002	1	0	86,89	86,89
BEMA002	4	0	68,91	68,91
BEMA008	1	0	136,81	136,81
BEMA008	4	0	82,47	82,47
BEMP001	1	0	83,60	83,60
BEMP001	4	0	63,41	63,41
BENA001	1	0	87,76	87,76
BENA002	1	0	125,40	125,40
BENP001	1	0	125,40	125,40
BEPA001	1	0	83,60	83,60
BEPA002	1	0	125,40	125,40
BEPA002	4	0	75,51	75,51
BEPA003	1	0	153,64	153,64
BEPA003	4	0	90,10	90,10
BEPA004	1	0	83,60	83,60
BEPA004	4	0	66,35	66,35
BEPB001	1	0	154,08	154,08
BEPB001	4	0	79,54	79,54
BEPP001	1	0	104,50	104,50
BEPP002	1	0	83,60	83,60
BEQP001	1	0	62,28	62,28
BEQP004	1	0	24,96	24,96
BFEA001	1	0	125,40	125,40
BFEA001	4	0	93,76	93,76
BFGA001	1	0	233,64	233,64
BFGA001	4	0	100,72	100,72
BFGA002	1	0	271,70	271,70
BFGA002	4	0	112,60	112,60
BFGA003	1	0	209,00	209,00
BFGA003	4	0	91,56	91,56
BFGA004	1	0	271,70	271,70
BFGA004	4	0	111,00	111,00
BFGA005	1	0	125,40	125,40
BFGA005	4	0	87,53	87,53

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BFGA006	1	0	271,70	271,70
BFGA006	4	0	112,90	112,90
BFGA007	1	0	221,99	221,99
BFGA007	4	0	99,26	99,26
BFGA008	1	0	209,00	209,00
BFGA008	4	0	91,56	91,56
BFGA009	1	0	209,00	209,00
BFGA009	4	0	91,93	91,93
BFGA010	1	0	212,06	212,06
BFGA010	4	0	98,89	98,89
BFKA001	1	0	156,75	156,75
BFKA001	4	0	104,50	104,50
BFLA001	1	0	125,40	125,40
BFLA001	4	0	93,76	93,76
BFLA003	1	0	145,88	145,88
BFLA003	4	0	100,00	100,00
BFLA004	1	0	125,40	125,40
BFLA004	4	0	86,06	86,06
BFPA002	1	0	94,66	94,66
BFPA002	4	0	70,38	70,38
BFPP001	1	0	83,60	83,60
BFQM001	1	0	33,22	33,22
BGBA001	1	0	259,09	259,09
BGBA001	4	0	127,49	127,49
BGCA002	1	0	104,50	104,50
BGCA002	4	0	76,61	76,61
BGDA001	1	0	313,50	313,50
BGDA001	4	0	133,70	133,70
BGDA002	1	0	313,50	313,50
BGDA002	4	0	129,67	129,67
BGDA003	1	0	225,43	225,43
BGDA003	4	0	115,39	115,39
BGDA004	1	0	209,00	209,00
BGDA004	4	0	109,52	109,52
BGDA005	1	0	313,50	313,50
BGDA005	4	0	137,73	137,73
BGDA006	1	0	313,50	313,50
BGDA006	4	0	136,63	136,63
BGDA007	1	0	313,50	313,50
BGDA007	4	0	120,87	120,87

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BGDA008	1	0	169,18	169,18
BGDA008	4	0	91,64	91,64
BGFA001	1	0	215,94	215,94
BGFA001	4	0	108,79	108,79
BGFA002	1	0	333,62	333,62
BGFA002	4	0	107,67	107,67
BGFA003	1	0	550,86	550,86
BGFA003	4	0	172,90	172,90
BGFA004	1	0	353,47	353,47
BGFA004	4	0	107,67	107,67
BGFA005	1	0	275,50	275,50
BGFA005	4	0	116,47	116,47
BGFA006	1	0	271,70	271,70
BGFA006	4	0	118,67	118,67
BGFA007	1	0	462,77	400,08
BGFA007	4	0	116,10	116,10
BGFA009	1	0	271,70	271,70
BGFA009	4	0	117,93	117,93
BGFA010	1	0	289,31	289,31
BGFA010	4	0	124,54	124,54
BGFA011	1	0	305,71	305,71
BGFA011	4	0	125,40	125,40
BGFA012	1	0	104,50	104,50
BGFA012	4	0	74,05	74,05
BGFA014	1	0	209,00	209,00
BGFA014	4	0	93,39	93,39
BGGA001	1	0	209,00	209,00
BGGA001	4	0	83,60	83,60
BGGA002	1	0	240,53	240,53
BGGA002	4	0	84,60	84,60
BGGA003	1	0	83,60	83,60
BGGA003	4	0	75,88	75,88
BGGA004	1	0	83,60	83,60
BGGA004	4	0	79,18	79,18
BGGA005	1	0	209,00	209,00
BGGA005	4	0	96,33	96,33
BGHA001	1	0	251,32	251,32
BGHA002	1	0	43,81	43,81
BGHB001	1	0	43,81	43,81
BGHB002	1	0	48,12	48,12
BGHB003	1	0	106,31	106,31
BGJA001	1	0	125,40	125,40
BGJA001	4	0	72,57	72,57
BGJA002	1	0	330,17	330,17
BGJA002	4	0	107,67	107,67
BGJB001	1	0	83,60	83,60
BGLA001	1	0	209,00	209,00
BGLA001	4	0	83,60	83,60
BGLA002	1	0	313,50	313,50
BGLA002	4	0	104,50	104,50
BGLB001	1	0	83,60	83,60
BGLB002	1	0	83,60	83,60
BGLP001	1	0	117,68	117,68
BGMA001	1	0	502,13	502,13
BGMA001	4	0	167,20	167,20
BGMA002	1	0	474,17	474,17
BGMA002	4	0	167,20	167,20
BGMA003	1	0	391,88	391,88
BGMA003	4	0	130,63	130,63
BGNA001	1	0	233,64	233,64
BGNA001	4	0	106,59	106,59
BGNP001	1	0	146,30	146,30
BGNP002	1	0	107,33	107,33
BGNP003	1	0	101,16	101,16
BGNP004	1	0	113,36	113,36
BGNP005	1	0	126,03	126,03
BGNP006	1	0	123,83	123,83
BGNP007	1	0	83,60	83,60
BGNP008	1	0	125,40	125,40
BGPA001	1	0	333,62	333,62
BGPA001	4	0	107,67	107,67
BGPA002	1	0	271,70	271,70
BGPA002	4	0	108,04	108,04
BGPA003	1	0	146,42	146,42
BGPA003	4	0	75,14	75,14
BGPP002	1	0	105,17	105,17
BGQP002	1	0	28,29	28,29
BGQP003	1	0	21,12	21,12
BGQP004	1	0	36,92	36,92
BGQP007	1	0	19,34	19,34

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BGQP008	1	0	68,32	68,32
BGQP009	1	0	22,80	22,80
BGQP010	1	0	53,76	53,76
BGQP011	1	0	102,26	102,26
BGQP012	1	0	54,94	54,94
BGQP140	1	0	11,30	11,30
BGRF001	1	0	146,30	146,30
BGSA002	1	0	104,50	104,50
BGSA002	4	0	76,25	76,25
BHGA001	1	0	106,47	106,47
BHGA001	4	0	77,35	77,35
BHGA002	1	0	110,35	110,35
BHGA002	4	0	89,07	89,07
BHGA003	1	0	167,20	167,20
BHGA003	4	0	93,47	93,47
BHGA004	1	0	125,45	125,45
BHGA004	4	0	81,74	81,74
BHGA005	1	0	167,20	167,20
BHGA005	4	0	93,47	93,47
BHGA006	1	0	167,20	167,20
BHGA006	4	0	98,60	98,60
BHGA007	1	0	167,20	167,20
BHGA007	4	0	93,47	93,47
BHMA001	1	0	188,10	188,10
BHMA001	4	0	100,37	100,37
BHMA002	1	0	218,38	218,38
BHMA002	4	0	119,43	119,43
BHNL001	1	3	104,50	104,50
BHNL001	1	2	125,40	125,40
BHNL001	1	1	167,00	167,00
BHNL001	4	3	57,60	57,60
BHNL001	4	2	83,60	83,60
BHQP001	1	0	34,65	34,65
BHQP002	1	0	17,28	17,28
BHQX005	1	0	92,09	92,09
BHRP001	1	0	41,65	41,65
BJCA001	1	0	125,40	125,40
BJCA001	4	0	94,93	94,93
BJDA001	1	0	218,59	218,59
BJDA001	4	0	115,37	115,37
BJDA002	1	0	155,89	155,89
BJDA002	4	0	88,09	88,09
BJEA001	1	0	188,10	188,10
BJEA001	4	0	101,46	101,46
BJEA002	1	0	129,48	129,48
BJEA002	4	0	100,80	100,80
BJMA001	1	0	187,24	187,24
BJMA001	4	0	118,29	118,29
BJMA002	1	0	155,89	155,89
BJMA002	4	0	102,98	102,98
BJMA003	1	0	218,59	218,59
BJMA003	4	0	118,29	118,29
BJMA004	1	0	155,89	155,89
BJMA004	4	0	104,45	104,45
BJMA005	1	0	155,89	155,89
BJMA005	4	0	104,81	104,81
BJMA006	1	0	218,59	218,59
BJMA006	4	0	130,76	130,76
BJMA007	1	0	218,59	218,59
BJMA007	4	0	136,99	136,99
BJMA008	1	0	188,10	188,10
BJMA008	4	0	113,54	113,54
BJMA009	1	0	177,65	177,65
BJMA009	4	0	110,25	110,25
BJQP002	1	0	26,24	26,24
BJQP003	1	0	23,66	23,66
BJQP005	1	0	57,60	57,60
BKBA001	1	0	246,26	230,62
BKBA001	4	0	106,59	106,59
BKCP001	1	0	35,60	35,60
BKFA001	1	0	248,87	248,87
BKFA001	4	0	134,82	134,82
BKFA002	1	0	167,20	167,20
BKFA002	4	0	94,13	94,13
BKFA003	1	0	389,84	389,84
BKFA003	4	0	146,91	146,91
BKFA004	1	0	245,43	245,43
BKFA004	4	0	106,96	106,96
BKGA001	1	0	92,07	92,07
BKGA001	4	0	70,01	70,01

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
BKGA002	1	0	217,38	217,38
BKGA002	4	0	114,29	114,29
BKGA003	1	0	274,54	229,45
BKGA003	4	0	122,35	122,35
BKGA004	1	0	368,07	368,07
BKGA004	4	0	139,55	139,55
BKGA005	1	0	167,20	167,20
BKGA005	4	0	91,19	91,19
BKGA006	1	0	269,74	269,74
BKGA006	4	0	109,53	109,53
BKGA007	1	0	219,68	219,68
BKGA007	4	0	95,24	95,24
BKGA008	1	0	167,20	167,20
BKGA008	4	0	90,46	90,46
BKHA002	1	0	70,20	70,20
BKHA002	4	0	74,41	74,41
BKHA003	1	0	154,01	133,22
BKHA003	4	0	75,51	75,51
BKHB002	1	0	31,35	31,35
BKHB003	1	0	52,58	52,58
BKHB004	1	0	31,35	31,35
BKJA001	1	0	74,40	60,71
BKJA001	4	0	67,08	67,08
BKKP003	1	0	167,20	167,20
BKKP003	4	0	84,31	84,31
BKLA001	1	0	283,39	283,39
BKLA001	4	0	128,22	128,22
BKLA002	1	0	122,71	122,71
BKLA002	4	0	77,71	77,71
BKLA003	1	0	283,39	283,39
BKLA003	4	0	128,22	128,22
BKLB001	1	0	18,10	18,10
BKLP001	1	0	23,02	23,02
BKMA001	1	0	294,79	294,79
BKMA001	4	0	131,70	131,70
BKMA002	1	0	329,24	329,24
BKMA002	4	0	143,25	143,25
BKMA003	1	0	257,00	257,00
BKMA003	4	0	122,91	122,91
BKMA004	1	0	230,18	230,18
BKMA004	4	0	107,33	107,33
BKMP001	1	0	51,09	51,09
BKMP001	4	0	66,72	66,72
BKQX004	1	0	89,44	89,44
BLMP001	1	0	88,32	88,32
BLMP002	1	0	81,60	81,60
BLMP003	1	0	71,04	71,04
BLMP005	1	0	88,32	88,32
BLMP006	1	0	88,32	88,32
BLMP007	1	0	71,04	71,04
BLQP001	1	0	53,76	53,76
BLQP002	1	0	31,20	31,20
BLQP004	1	0	33,36	33,36
BLQP005	1	0	33,36	33,36
BLQP007	1	0	42,21	42,21
BLQP008	1	0	18,05	18,05
BLQP009	1	0	64,80	60,16
BLQP010	1	0	25,32	25,32
BLQP012	1	0	25,30	22,73
BLQP014	1	0	55,80	55,80
BLQP016	1	0	38,53	38,53
BLRP001	1	0	23,89	23,89
BZQK001	1	0	47,88	47,88
BZQM001	1	0	47,88	47,88
BZQM002	1	0	36,66	36,66
BZQM003	1	0	69,93	69,93
BZQP002	1	0	27,54	27,54
BZQP003	1	0	46,58	46,58
BZQX004	1	0	51,28	51,28
CAEA001	1	0	131,87	102,82
CAEA001	4	0	61,22	61,22
CAEA002	1	0	125,40	125,40
CAEA003	1	0	380,86	380,86
CAEA003	4	0	147,65	147,65
CAFA001	1	0	770,77	648,94
CAFA001	4	0	253,90	253,90
CAFA002	1	0	46,79	44,70
CAFA003	1	0	125,40	125,40
CAFA003	4	0	49,12	49,12
CAFA004	1	0	364,98	308,25

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
CAFA004	4	0	100,62	100,62
CAFA005	1	0	95,72	73,07
CAFA006	1	0	78,54	63,11
CAFA007	1	0	166,32	149,13
CAFA007	4	0	53,89	53,89
CAFA008	1	0	950,18	818,11
CAFA008	4	0	364,03	364,03
CAFA009	1	0	298,76	225,95
CAFA009	4	0	84,31	84,31
CAFA010	1	0	786,17	639,60
CAFA010	4	0	231,28	231,28
CAFA011	1	0	83,16	65,79
CAFA011	4	0	65,61	65,61
CAGD001	1	0	19,25	17,21
CAGD002	1	0	30,03	21,45
CAHA001	1	0	29,90	25,41
CAHA002	1	0	32,04	26,65
CAJA001	1	0	65,45	42,35
CAJA002	1	0	46,79	33,72
CALD001	1	0	91,63	79,48
CAMA001	1	0	665,75	491,47
CAMA001	4	0	145,45	145,45
CAMA002	1	0	191,24	191,24
CAMA002	4	0	86,40	86,40
CAMA003	1	0	194,27	193,00
CAMA003	4	0	90,53	90,53
CAMA004	1	0	601,23	454,05
CAMA004	4	0	147,28	147,28
CAMA005	1	0	333,23	298,61
CAMA005	4	0	111,35	111,35
CAMA006	1	0	713,96	563,33
CAMA006	4	0	157,91	157,91
CAMA007	1	0	407,55	407,55
CAMA007	4	0	126,80	126,80
CAMA008	1	0	143,93	118,59
CAMA008	4	0	67,81	67,81
CAMA009	1	0	549,78	516,31
CAMA009	4	0	229,58	229,58
CAMA010	1	0	231,77	214,74
CAMA010	4	0	91,27	91,27

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
CAMA011	1	0	166,32	149,13
CAMA011	4	0	68,55	68,55
CAMA012	1	0	191,24	191,24
CAMA012	4	0	87,24	87,24
CAMA013	1	0	236,81	190,01
CAMA013	4	0	76,97	76,97
CAMA014	1	0	287,85	247,27
CAMA014	4	0	102,27	102,27
CAMA015	1	0	539,00	510,07
CAMA015	4	0	229,58	229,58
CAMA016	1	0	560,56	496,95
CAMA016	4	0	182,24	182,24
CAMA017	1	0	250,80	250,80
CAMA017	4	0	83,60	83,60
CAMA018	1	0	522,83	418,67
CAMA018	4	0	152,12	152,12
CAMA019	1	0	44,67	39,07
CAMA020	1	0	318,01	264,76
CAMA020	4	0	103,01	103,01
CAMA021	1	0	250,80	250,80
CAMA021	4	0	83,60	83,60
CAMA022	1	0	250,80	250,80
CAMA022	4	0	83,60	83,60
CAPA001	1	0	33,11	23,60
CASA001	1	0	56,21	41,38
CASA002	1	0	398,09	336,23
CASA002	4	0	120,16	120,16
CBFA001	1	0	313,50	313,50
CBFA001	4	0	139,55	139,55
CBFA002	1	0	597,52	478,24
CBFA002	4	0	164,84	164,84
CBFA003	1	0	560,56	456,80
CBFA003	4	0	164,84	164,84
CBFA004	1	0	199,43	185,90
CBFA004	4	0	98,24	98,24
CBFA005	1	0	281,29	281,29
CBFA005	4	0	134,99	134,99
CBFA006	1	0	560,56	456,80
CBFA006	4	0	142,48	142,48
CBFA007	1	0	520,52	433,58

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
CBFA007	4	0	158,23	158,23
CBFA008	1	0	560,56	500,68
CBFA008	4	0	229,90	229,90
CBFA009	1	0	560,56	500,68
CBFA009	4	0	229,90	229,90
CBFA010	1	0	281,29	281,29
CBFA010	4	0	134,99	134,99
CBFA012	1	0	468,93	429,26
CBFA012	4	0	186,38	186,38
CBFA013	1	0	468,93	429,26
CBFA013	4	0	186,38	186,38
CBGA001	1	0	167,20	167,20
CBGA001	4	0	87,60	87,60
CBGA003	1	0	88,55	68,92
CBGA003	4	0	76,98	76,98
CBGD001	1	0	62,70	62,70
CBGD001	4	0	48,00	48,00
CBJD001	1	0	36,19	29,06
CBKA001	1	0	374,48	374,48
CBKA001	4	0	186,38	186,38
CBLA001	1	0	248,71	223,25
CBLA001	4	0	111,00	111,00
CBLA002	1	0	250,80	250,80
CBLA002	4	0	114,55	114,55
CBLD001	1	0	86,40	86,40
CBLD003	1	0	57,60	57,60
CBMA001	1	0	313,50	313,50
CBMA001	4	0	135,88	135,88
CBMA002	1	0	313,50	313,50
CBMA002	4	0	131,85	131,85
CBMA003	1	0	374,48	374,48
CBMA003	4	0	186,38	186,38
CBMA004	1	0	344,19	331,30
CBMA004	4	0	139,18	139,18
CBMA005	1	0	313,50	313,50
CBMA005	4	0	141,38	141,38
CBMA006	1	0	313,50	313,50
CBMA006	4	0	145,05	145,05
CBMA007	1	0	333,41	325,05
CBMA007	4	0	139,55	139,55

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
CBMA008	1	0	167,20	167,20
CBMA008	4	0	79,36	79,36
CBMA009	1	0	167,20	167,20
CBMA009	4	0	96,41	96,41
CBMA010	1	0	374,48	374,48
CBMA010	4	0	186,38	186,38
CBMA011	1	0	313,50	313,50
CBMA011	4	0	138,07	138,07
CBMD001	1	0	560,56	456,80
CBMD001	4	0	150,90	150,90
CBMD002	1	0	313,50	313,50
CBMD002	4	0	125,40	125,40
CBMD003	1	0	313,50	313,50
CBMD003	4	0	153,10	153,10
CBPA001	1	0	313,50	313,50
CBPA001	4	0	150,54	150,54
CBPA002	1	0	388,85	382,81
CBPA002	4	0	215,18	215,18
CBPA003	1	0	381,15	378,35
CBPA003	4	0	215,18	215,18
CBPD001	1	0	35,42	32,64
CBQA001	1	0	167,20	167,20
CBQA001	4	0	72,58	72,58
CBQD001	1	0	22,33	21,01
CCCA001	1	0	374,48	374,48
CCCA001	4	0	186,38	186,38
CCCA002	1	0	374,48	374,48
CCCA002	4	0	186,38	186,38
CCFA001	1	0	374,48	374,48
CCFA001	4	0	186,38	186,38
CCNB001	1	0	41,58	32,19
CCNB001	4	0	67,81	67,81
CCPA001	1	0	374,48	374,48
CCPA001	4	0	186,38	186,38
CCPA002	1	0	374,48	374,48
CCPA002	4	0	186,38	186,38
CCPA003	1	0	374,48	374,48
CCPA003	4	0	186,38	186,38
CCSA001	1	0	374,48	374,48
CCSA001	4	0	186,38	186,38

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
CDGA001	1	0	169,45	169,45
CDGA001	4	0	121,98	121,98
CDLA002	1	0	764,30	764,30
CDLA002	4	0	139,04	139,04
CDLA003	1	0	497,72	497,72
CDLA003	4	0	123,24	123,24
CDMP002	1	0	91,46	91,46
CDQP002	1	0	53,13	52,25
CDQP006	1	0	96,00	96,00
CDQP007	1	0	53,13	42,91
CDQP008	1	0	96,00	96,00
CDQP010	1	0	26,18	23,25
CDQP011	1	0	33,11	31,30
CDQP012	1	0	39,27	34,88
CDQP014	1	0	96,00	96,00
CDQP014	4	0	59,39	59,39
CDQP015	1	0	40,81	40,81
CDQP017	1	0	57,60	57,60
CDRP002	1	0	48,51	40,23
CEQP001	1	0	57,60	57,60
CEQP006	1	0	80,85	71,08
CEQP006	4	0	57,18	57,18
CEQP008	1	0	57,60	57,60
CERP001	1	0	57,60	57,60
CERP002	1	0	48,51	33,78
CERP003	1	0	84,48	84,48
CERP004	1	0	57,60	57,60
DAAA001	1	0	978,75	978,75
DAAA001	4	0	565,58	565,58
DAAA001	5	0	313,50	313,50
DAAA002	1	0	940,50	940,50
DAAA002	4	0	575,84	575,84
DAAA002	5	0	313,50	313,50
DAAA003	1	0	789,83	765,33
DAAA003	4	0	561,18	561,18
DAAA003	5	0	313,50	313,50
DAAF001	1	0	397,10	397,10
DAAF001	4	0	229,90	229,90
DAAF002	1	0	397,10	397,10
DAAF002	4	0	229,90	229,90

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DAAF003	1	0	595,65	595,65
DAAF003	4	0	250,80	250,80
DACA001	1	0	650,15	596,54
DACA001	4	0	551,42	551,42
DAFA001	1	0	566,49	548,02
DAFA001	4	0	396,37	396,37
DAFA002	1	0	844,42	709,21
DAFA002	4	0	442,92	442,92
DAFA003	1	0	989,76	881,30
DAFA003	4	0	534,70	534,70
DAFA003	5	0	313,50	313,50
DAFA005	1	0	704,04	627,79
DAFA005	4	0	426,42	426,42
DAFA006	1	0	858,60	805,21
DAFA006	4	0	548,62	548,62
DAFA006	5	0	313,50	313,50
DAFA007	1	0	1 157,80	978,75
DAFA007	4	0	539,92	539,92
DAFA007	5	0	313,50	313,50
DAFA008	1	0	1 090,44	939,69
DAFA008	4	0	535,79	535,79
DAFA008	5	0	313,50	313,50
DAFA009	1	0	940,50	940,50
DAFA009	4	0	551,55	551,55
DAFA009	5	0	313,50	313,50
DAFA010	1	0	843,00	796,18
DAFA010	4	0	559,25	559,25
DAFA010	5	0	313,50	313,50
DAGA001	1	0	755,79	745,59
DAGA001	4	0	522,50	522,50
DAGA001	5	0	313,50	313,50
DAGA002	1	0	643,06	592,43
DAGA002	4	0	364,11	364,11
DAGF001	1	0	209,00	209,00
DAGF001	4	0	94,93	94,93
DAHF001	1	0	158,70	158,70
DAMA003	1	0	592,72	563,23
DAMA003	4	0	383,26	383,26
DAMA005	1	0	947,93	857,03
DAMA005	4	0	546,15	546,15

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DAMA005	5	0	313,50	313,50
DAMF001	1	0	595,65	595,65
DAMF001	4	0	250,80	250,80
DAPA001	1	0	538,13	531,57
DAPA001	4	0	348,11	348,11
DAPC001	1	0	627,79	627,79
DAPC001	4	0	375,24	375,24
DAQL001	1	0	261,91	261,91
DAQL002	1	0	266,19	266,19
DAQL003	1	0	256,77	256,77
DAQL004	1	0	395,43	395,43
DAQL005	1	0	268,87	268,87
DAQL007	1	0	172,32	172,32
DAQL008	1	0	266,19	266,19
DAQL009	1	0	472,72	472,72
DAQL010	1	0	319,42	319,42
DAQL011	1	0	390,29	390,29
DAQL012	1	0	395,43	395,43
DAQL014	1	0	316,85	316,85
DAQL015	1	0	266,19	266,19
DAQM003	1	0	165,31	165,31
DASA001	1	0	2 010,72	1 649,01
DASA001	4	0	662,71	662,71
DASA001	5	0	313,50	313,50
DASA002	1	0	1 164,89	1 070,65
DASA002	4	0	522,50	522,50
DASA002	5	0	313,50	313,50
DASA003	1	0	731,50	731,50
DASA003	4	0	522,50	522,50
DASA003	5	0	313,50	313,50
DASA004	1	0	1 315,51	1 315,51
DASA004	4	0	554,21	554,21
DASA004	5	0	313,50	313,50
DASA006	1	0	1 693,80	1 289,64
DASA006	4	0	601,04	601,04
DASA006	5	0	313,50	313,50
DASA007	1	0	1 605,16	1 605,16
DASA007	4	0	624,59	624,59
DASA007	5	0	313,50	313,50
DASA008	1	0	1 672,53	1 452,86
DASA008	4	0	581,70	581,70
DASA008	5	0	313,50	313,50
DASA009	1	0	1 480,37	1 480,37
DASA009	4	0	661,98	661,98
DASA009	5	0	313,50	313,50
DASA010	1	0	1 615,10	1 419,55
DASA010	4	0	604,06	604,06
DASA010	5	0	333,70	313,50
DASA011	1	0	1 444,94	1 233,08
DASA011	4	0	591,23	591,23
DASA011	5	0	313,50	313,50
DASA012	1	0	1 106,04	948,74
DASA012	4	0	541,75	541,75
DASA012	5	0	313,50	313,50
DASA013	1	0	1 597,61	1 597,61
DASA013	4	0	573,64	573,64
DASA013	5	0	313,50	313,50
DASA014	1	0	1 184,03	1 081,74
DASA014	4	0	582,07	582,07
DASA014	5	0	313,50	313,50
DASF001	1	0	595,65	595,65
DASF001	4	0	229,90	229,90
DASF002	1	0	397,10	397,10
DASF002	4	0	229,90	229,90
DASF003	1	0	595,65	595,65
DASF003	4	0	373,68	373,68
DASF004	1	0	595,65	595,65
DASF004	4	0	322,42	322,42
DASF005	1	0	819,46	819,46
DASF005	4	0	96,50	96,50
DASF074	1	0	1 510,21	1 510,21
DASF074	2	0	293,65	293,65
DASF074	4	0	410,17	410,17
DBAF001	1	0	397,10	397,10
DBAF001	4	0	229,90	229,90
DBAF002	1	0	397,10	397,10
DBAF002	4	0	229,90	229,90
DBAF003	1	0	679,73	397,10
DBAF003	4	0	229,90	229,90
DBAF004	1	0	397,10	397,10

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DBAF004	4	0	229,90	229,90
DBAF005	1	0	397,10	397,10
DBAF005	4	0	229,90	229,90
DBEA001	1	0	940,13	852,51
DBEA001	4	0	570,25	570,25
DBEA001	5	0	313,50	313,50
DBFA001	1	0	1 175,52	989,04
DBFA001	4	0	684,99	684,99
DBFA001	5	0	313,50	313,50
DBFA002	1	0	915,32	838,11
DBFA002	4	0	559,25	559,25
DBFA002	5	0	313,50	313,50
DBKA001	1	0	1 286,13	1 053,19
DBKA001	4	0	573,19	573,19
DBKA001	5	0	313,50	313,50
DBKA002	1	0	1 532,15	1 195,87
DBKA002	4	0	602,51	602,51
DBKA002	5	0	313,50	313,50
DBKA003	1	0	789,83	765,33
DBKA003	4	0	522,50	522,50
DBKA003	5	0	313,50	313,50
DBKA004	1	0	769,97	753,82
DBKA004	4	0	522,50	522,50
DBKA004	5	0	313,50	313,50
DBKA005	1	0	1 046,19	1 046,19
DBKA005	4	0	567,69	567,69
DBKA005	5	0	313,50	313,50
DBKA006	1	0	789,83	765,33
DBKA006	4	0	522,50	522,50
DBKA006	5	0	313,50	313,50
DBKA007	1	0	773,52	755,87
DBKA007	4	0	522,50	522,50
DBKA007	5	0	313,50	313,50
DBKA008	1	0	1 108,17	949,97
DBKA008	4	0	567,69	567,69
DBKA008	5	0	313,50	313,50
DBKA009	1	0	1 556,26	1 297,64
DBKA009	4	0	577,21	577,21
DBKA009	5	0	313,50	313,50
DBKA010	1	0	832,37	790,01
DBKA010	4	0	535,42	535,42
DBKA010	5	0	313,50	313,50
DBKA011	1	0	1 532,15	1 195,87
DBKA011	4	0	627,06	627,06
DBKA011	5	0	313,50	313,50
DBKA012	1	0	1 030,89	905,15
DBKA012	4	0	534,70	534,70
DBKA012	5	0	313,50	313,50
DBLA001	1	0	1 074,84	974,53
DBLA001	4	0	559,34	559,34
DBLA001	5	0	313,50	313,50
DBLA002	1	0	1 123,77	1 002,90
DBLA002	4	0	559,34	559,34
DBLA002	5	0	313,50	313,50
DBLA003	1	0	1 268,55	1 268,55
DBLA003	4	0	669,68	669,68
DBLA003	5	0	313,50	313,50
DBLA004	1	0	2 040,60	2 040,60
DBLA004	4	0	724,90	724,90
DBLF001	1	0	2 040,60	2 040,60
DBLF001	4	0	666,13	666,13
DBLF009	1	0	2 757,95	2 757,95
DBLF009	4	0	647,17	647,17
DBMA001	1	0	1 312,36	1 156,17
DBMA001	4	0	594,07	594,07
DBMA001	5	0	313,50	313,50
DBMA002	1	0	1 372,62	1 103,35
DBMA002	4	0	581,98	581,98
DBMA002	5	0	313,50	313,50
DBMA003	1	0	804,72	773,96
DBMA003	4	0	522,50	522,50
DBMA003	5	0	313,50	313,50
DBMA004	1	0	2 006,47	1 646,54
DBMA004	4	0	674,35	674,35
DBMA004	5	0	313,50	313,50
DBMA005	1	0	1 386,46	1 386,46
DBMA005	4	0	639,52	639,52
DBMA005	5	0	313,50	313,50
DBMA006	1	0	964,24	954,27
DBMA006	4	0	603,24	603,24

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DBMA006	5	0	313,50	313,50
DBMA007	1	0	1 598,80	1 234,53
DBMA007	4	0	653,46	653,46
DBMA007	5	0	313,50	313,50
DBMA008	1	0	745,16	739,42
DBMA008	4	0	522,50	522,50
DBMA008	5	0	313,50	313,50
DBMA009	1	0	1 449,91	1 235,95
DBMA009	4	0	616,80	616,80
DBMA009	5	0	313,50	313,50
DBMA010	1	0	1 570,44	1 305,86
DBMA010	4	0	621,57	621,57
DBMA010	5	0	313,50	313,50
DBMA011	1	0	1 184,74	994,38
DBMA011	4	0	568,78	568,78
DBMA011	5	0	313,50	313,50
DBMA012	1	0	833,78	790,82
DBMA012	4	0	535,42	535,42
DBMA012	5	0	313,50	313,50
DBMA013	1	0	1 498,12	1 263,91
DBMA013	4	0	629,63	629,63
DBMA013	5	0	313,50	313,50
DBMA015	1	0	1 672,53	1 452,86
DBMA015	4	0	622,30	622,30
DBMA015	5	0	313,50	313,50
DBPA001	1	0	940,50	940,50
DBPA001	4	0	533,68	533,68
DBPA001	5	0	313,50	313,50
DBPA002	1	0	731,50	731,50
DBPA002	4	0	522,50	522,50
DBPA002	5	0	313,50	313,50
DBPA003	1	0	618,03	618,03
DBPA003	4	0	471,28	471,28
DBPA004	1	0	731,50	731,50
DBPA004	4	0	522,50	522,50
DBPA004	5	0	313,50	313,50
DBPA005	1	0	541,96	541,96
DBPA005	4	0	333,72	333,72
DBPA006	1	0	735,23	733,66
DBPA006	4	0	522,50	522,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DBPA006	5	0	313,50	313,50
DBPA007	1	0	750,83	742,71
DBPA007	4	0	522,50	522,50
DBPA007	5	0	313,50	313,50
DBQM001	1	0	166,28	166,28
DBSF001	1	0	397,10	397,10
DBSF001	4	0	229,90	229,90
DCFA001	1	0	828,11	699,75
DCFA001	4	0	524,70	524,70
DCJA001	1	0	210,57	209,91
DCJA001	4	0	188,69	188,69
DCJB001	1	0	28,80	28,80
DCJB002	1	0	28,80	28,80
DCMA001	1	0	298,49	260,90
DCMA001	4	0	204,44	204,44
DCMC001	1	0	265,88	241,99
DCMC001	4	0	247,34	247,34
DDAA002	1	0	1 115,26	954,08
DDAA002	4	0	555,22	555,22
DDAA002	5	0	313,50	313,50
DDAF001	1	0	386,38	386,38
DDAF001	4	0	94,55	94,55
DDAF003	1	0	579,57	579,57
DDAF003	4	0	146,30	146,30
DDAF004	1	0	579,57	579,57
DDAF004	4	0	146,30	146,30
DDAF006	1	0	386,38	386,38
DDAF006	4	0	94,55	94,55
DDAF007	1	0	719,68	719,68
DDAF007	4	0	209,00	209,00
DDAF008	1	0	526,49	526,49
DDAF008	4	0	146,30	146,30
DDAF009	1	0	719,68	719,68
DDAF009	4	0	209,00	209,00
DDAF010	1	0	526,49	526,49
DDAF010	4	0	146,30	146,30
DDEA001	1	0	1 386,10	1 286,73
DDEA001	4	0	672,24	672,24
DDEA001	5	0	313,50	313,50
DDFF001	1	0	397,10	397,10

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DDFF002	1	0	397,10	397,10
DDLF001	1	0	899,13	899,13
DDLF001	4	0	121,98	121,98
DDMA003	1	0	1 627,86	1 466,45
DDMA003	4	0	646,13	646,13
DDMA003	5	0	313,50	313,50
DDMA004	1	0	1 503,79	1 407,65
DDMA004	4	0	649,43	649,43
DDMA004	5	0	313,50	313,50
DDMA005	1	0	1 427,93	1 403,15
DDMA005	4	0	607,64	607,64
DDMA005	5	0	313,50	313,50
DDMA006	1	0	1 461,25	1 369,81
DDMA006	4	0	594,44	594,44
DDMA006	5	0	313,50	313,50
DDMA007	1	0	856,90	856,90
DDMA007	4	0	522,50	522,50
DDMA007	5	0	313,50	313,50
DDMA008	1	0	1 694,51	1 505,11
DDMA008	4	0	684,62	684,62
DDMA008	5	0	313,50	313,50
DDMA009	1	0	1 684,58	1 552,02
DDMA009	4	0	705,15	705,15
DDMA009	5	0	313,50	313,50
DDMA011	1	0	1 159,95	1 159,95
DDMA011	4	0	571,35	571,35
DDMA011	5	0	313,50	313,50
DDMA012	1	0	1 892,32	1 672,50
DDMA012	4	0	751,33	751,33
DDMA012	5	0	313,50	313,50
DDMA013	1	0	1 844,11	1 591,87
DDMA013	4	0	744,73	744,73
DDMA013	5	0	313,50	313,50
DDMA015	1	0	825,55	825,55
DDMA015	4	0	522,50	522,50
DDMA015	5	0	313,50	313,50
DDMA016	1	0	1 274,90	1 274,90
DDMA016	4	0	566,95	566,95
DDMA016	5	0	313,50	313,50
DDMA017	1	0	1 050,74	1 043,94
DDMA017	4	0	554,86	554,86
DDMA017	5	0	313,50	313,50
DDMA018	1	0	1 368,95	1 368,95
DDMA018	4	0	591,87	591,87
DDMA018	5	0	313,50	313,50
DDMA019	1	0	1 065,90	1 065,90
DDMA019	4	0	556,69	556,69
DDMA019	5	0	313,50	313,50
DDMA020	1	0	1 210,97	1 136,88
DDMA020	4	0	599,20	599,20
DDMA020	5	0	313,50	313,50
DDMA021	1	0	1 610,85	1 509,25
DDMA021	4	0	659,69	659,69
DDMA021	5	0	313,50	313,50
DDMA022	1	0	1 427,93	1 271,49
DDMA022	4	0	607,64	607,64
DDMA023	1	0	1 050,74	912,27
DDMA023	4	0	554,86	554,86
DDMA024	1	0	1 034,43	915,98
DDMA024	4	0	556,69	556,69
DDMA025	1	0	789,83	673,16
DDMA025	4	0	522,50	522,50
DDMA026	1	0	1 210,97	1 005,20
DDMA026	4	0	599,20	599,20
DDMA027	1	0	1 272,66	1 141,92
DDMA027	4	0	566,95	566,95
DDMA028	1	0	783,45	682,62
DDMA028	4	0	522,50	522,50
DDMA029	1	0	1 342,85	1 222,14
DDMA029	4	0	591,87	591,87
DDMA030	1	0	1 334,78	1 334,78
DDMA030	4	0	646,13	646,13
DDMA031	1	0	1 461,25	1 238,15
DDMA031	4	0	594,44	594,44
DDMA032	1	0	1 064,21	972,75
DDMA032	4	0	571,35	571,35
DDMA033	1	0	1 694,51	1 373,44
DDMA033	4	0	684,62	684,62
DDMA034	1	0	1 684,58	1 420,34
DDMA034	4	0	705,15	705,15

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DDMA035	1	0	1 844,11	1 460,20
DDMA035	4	0	744,73	744,73
DDMA036	1	0	1 892,32	1 540,84
DDMA036	4	0	751,33	751,33
DDMA037	1	0	1 275,99	1 275,99
DDMA037	4	0	649,43	649,43
DDMA038	1	0	1 610,85	1 377,58
DDMA038	4	0	522,50	522,50
DDPF002	1	0	909,73	909,73
DDPF002	4	0	78,79	78,79
DDQF202	1	0	148,00	148,00
DDQH006	1	0	172,80	172,80
DDQH009	1	0	259,20	259,20
DDQH009	4	0	94,05	94,05
DDQH010	1	0	259,20	259,20
DDQH010	4	0	94,05	94,05
DDQH011	1	0	259,20	259,20
DDQH011	4	0	94,05	94,05
DDQH012	1	0	259,20	259,20
DDQH012	4	0	94,05	94,05
DDQH013	1	0	259,20	259,20
DDQH013	4	0	94,05	94,05
DDQH014	1	0	259,20	259,20
DDQH014	4	0	94,05	94,05
DDQH015	1	0	259,20	259,20
DDQH015	4	0	94,05	94,05
DDSA001	1	0	894,76	826,19
DDSA001	4	0	575,84	575,84
DDSA001	5	0	313,50	313,50
DDSA002	1	0	638,48	638,48
DDSA002	4	0	402,69	402,69
DDSF001	1	0	397,10	397,10
DDSF001	4	0	229,90	229,90
DEEA001	1	0	125,87	125,87
DEEF001	1	0	105,87	105,87
DEEF002	1	0	121,86	121,86
DEFA001	1	0	1 059,96	928,10
DEFA001	2	0	106,89	106,89
DEFA001	4	0	522,50	522,50
DEFA001	5	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DEFA002	1	0	850,50	850,50
DEFA002	2	0	119,11	106,89
DEFA002	4	0	522,50	522,50
DEFA002	5	0	313,50	313,50
DEGA002	1	0	292,82	257,61
DEGA002	4	0	158,26	158,26
DEGA003	1	0	61,63	61,63
DEGF001	1	0	319,04	319,04
DEGF002	1	0	470,25	470,25
DEGF003	1	0	470,25	470,25
DEGF004	1	0	313,50	313,50
DEGF005	1	0	470,25	470,25
DEGF006	1	0	470,25	470,25
DEKA001	1	0	118,18	118,18
DEKA002	1	0	119,06	119,06
DELA001	1	0	313,50	313,50
DELA001	4	0	159,04	159,04
DELA003	1	0	313,50	313,50
DELA003	4	0	144,41	144,41
DELA004	1	0	313,50	313,50
DELA004	4	0	154,42	154,42
DELA006	1	0	117,43	117,43
DELA007	1	0	222,09	117,43
DELF001	1	0	281,83	281,83
DELF005	1	0	277,98	277,98
DELF006	1	0	109,38	109,38
DELF007	1	0	238,62	238,62
DELF010	1	0	277,98	277,98
DELF011	1	0	100,79	100,79
DELF012	1	0	239,50	239,50
DELF013	1	0	306,71	306,71
DELF014	1	0	320,33	320,33
DELF015	1	0	284,94	284,94
DELF016	1	0	312,93	312,93
DELF017	1	0	123,05	123,05
DELF018	1	0	157,10	157,10
DELF019	1	0	169,91	169,91
DELF020	1	0	312,93	312,93
DEMP001	1	0	70,48	61,04
DEMP002	1	0	60,41	55,19

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DENF014	1	0	1 015,55	1 015,55
DENF014	4	0	221,20	221,20
DENF015	1	0	858,15	858,15
DENF015	4	0	221,20	221,20
DENF017	1	0	667,33	667,33
DENF017	4	0	126,40	126,40
DENF018	1	0	1 453,25	1 453,25
DENF018	4	0	300,20	300,20
DENF021	1	0	988,60	988,60
DENF021	4	0	167,48	167,48
DENF035	1	0	1 509,31	1 509,31
DENF035	4	0	316,00	316,00
DEPF004	1	0	487,07	487,07
DEPF005	1	0	437,28	437,28
DEPF006	1	0	418,00	418,00
DEPF006	4	0	79,42	79,42
DEPF010	1	0	647,92	647,92
DEPF010	4	0	88,48	88,48
DEPF012	1	0	467,89	467,89
DEPF012	4	0	126,40	126,40
DEPF014	1	0	1 358,38	1 358,38
DEPF014	4	0	237,00	237,00
DEPF025	1	0	878,63	878,63
DEPF025	4	0	168,74	168,74
DEPF033	1	0	1 529,79	1 529,79
DEPF033	4	0	278,08	278,08
DEQA001	1	2	28,27	28,27
DEQA001	1	1	56,53	56,53
DEQD001	1	0	77,68	77,68
DEQF001	1	0	237,97	237,97
DEQF002	1	0	241,97	241,97
DEQF003	1	0	179,95	179,95
DEQF004	1	0	232,79	232,79
DEQF005	1	0	250,41	250,41
DEQP001	1	0	14,26	13,52
DEQP002	1	0	14,26	13,52
DEQP003	1	0	14,26	13,52
DEQP005	1	0	77,01	77,01
DEQP006	1	0	42,79	30,06
DERD001	1	0	80,05	80,05

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DERF001	1	0	82,50	82,50
DERF002	1	0	76,14	76,14
DERF003	1	0	104,98	104,98
DERF004	1	0	109,72	109,72
DERP001	1	0	141,79	89,27
DERP003	1	0	73,83	67,02
DERP003	4	0	48,02	48,02
DERP004	1	0	65,44	62,15
DERP005	1	0	96,00	96,00
DFAA002	1	0	1 054,28	962,60
DFAA002	4	0	539,55	539,55
DFAA002	5	0	313,50	313,50
DFAA003	1	0	836,00	836,00
DFAA003	4	0	522,50	522,50
DFAA003	5	0	313,50	313,50
DFAA004	1	0	1 149,50	1 149,50
DFAA004	4	0	576,94	576,94
DFAA004	5	0	313,50	313,50
DFAA005	1	0	779,19	671,38
DFAA005	4	0	486,30	486,30
DFAF001	1	0	532,95	532,95
DFAF002	1	0	355,30	355,30
DFAF003	1	0	355,30	355,30
DFAF004	1	0	532,95	532,95
DFBA001	1	0	645,19	593,66
DFBA001	4	0	307,42	307,42
DFCA001	1	0	672,13	609,29
DFCA001	4	0	397,50	397,50
DFCA002	1	0	1 048,61	827,65
DFCA002	4	0	487,40	487,40
DFCA003	1	0	777,06	714,04
DFCA003	4	0	422,12	422,12
DFCA004	1	0	1 615,81	1 419,96
DFCA004	4	0	658,22	658,22
DFCA004	5	0	313,50	313,50
DFCA005	1	0	884,81	884,81
DFCA005	4	0	526,26	526,26
DFCA006	1	0	1 579,65	1 267,32
DFCA006	4	0	552,38	552,38
DFCA006	5	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DFCA007	1	0	1 221,61	1 059,65
DFCA007	4	0	565,58	565,58
DFCA007	5	0	313,50	313,50
DFCA008	1	0	1 081,45	1 081,45
DFCA008	4	0	526,35	526,35
DFCA008	5	0	313,50	313,50
DFCA009	1	0	743,76	743,76
DFCA009	4	0	404,56	404,56
DFCA010	1	0	1 691,22	1 691,22
DFCA010	4	0	694,24	694,24
DFCA010	5	0	313,50	313,50
DFEA001	1	0	1 184,74	906,60
DFEA001	4	0	482,27	482,27
DFFA001	1	0	983,38	921,49
DFFA001	4	0	611,67	611,67
DFFA001	5	0	313,50	313,50
DFFA002	1	0	806,13	687,01
DFFA002	4	0	389,81	389,81
DFFA003	1	0	2 127,00	1 584,78
DFFA003	4	0	522,50	522,50
DFFA003	5	0	333,70	313,50
DFFA004	1	0	757,21	702,52
DFFA004	4	0	419,46	419,46
DFGA001	1	0	749,71	749,71
DFGA001	4	0	522,50	522,50
DFGA001	5	0	313,50	313,50
DFGA002	1	0	1 444,94	1 320,86
DFGA002	4	0	593,80	593,80
DFGA002	5	0	313,50	313,50
DFGA003	1	0	637,39	545,25
DFGA003	4	0	378,90	378,90
DFGA004	1	0	1 302,43	1 150,42
DFGA004	4	0	569,24	569,24
DFGA004	5	0	313,50	313,50
DFMA001	1	0	1 574,69	1 264,44
DFMA001	4	0	579,87	579,87
DFMA001	5	0	313,50	313,50
DFMA003	1	0	1 023,39	1 023,39
DFMA003	4	0	501,70	501,70
DFMA004	1	0	1 691,67	1 463,96

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DFMA004	4	0	579,87	579,87
DFMA004	5	0	313,50	313,50
DFMA006	1	0	1 701,60	1 469,72
DFMA006	4	0	584,64	584,64
DFMA006	5	0	313,50	313,50
DFMA008	1	0	969,20	913,26
DFMA008	4	0	522,50	522,50
DFMA008	5	0	313,50	313,50
DFMA010	1	0	1 414,54	1 414,54
DFMA010	4	0	575,02	575,02
DFMA010	5	0	313,50	313,50
DFMA011	1	0	1 863,25	1 497,65
DFMA011	4	0	643,29	643,29
DFMA011	5	0	313,50	313,50
DFMA012	1	0	1 302,31	1 302,31
DFMA012	4	0	571,81	571,81
DFMA012	5	0	313,50	313,50
DFNF001	1	0	313,50	313,50
DFNF001	4	0	94,05	94,05
DFNF002	1	0	313,50	313,50
DFQH001	1	0	192,00	192,00
DFQH002	1	0	192,00	192,00
DFQL001	1	0	180,44	180,44
DFSA001	1	0	644,65	644,65
DFSA001	4	0	385,13	385,13
DFSA002	1	0	643,06	592,43
DFSA002	4	0	384,67	384,67
DFSF001	1	0	355,30	355,30
DFSF001	4	0	94,05	94,05
DFSF002	1	0	355,30	355,30
DFSF002	4	0	94,05	94,05
DGAA002	1	0	1 317,32	1 268,78
DGAA002	4	0	625,69	625,69
DGAA002	5	0	333,70	313,50
DGAA003	1	0	1 474,39	1 474,39
DGAA003	4	0	870,46	870,46
DGAA003	5	0	313,50	313,50
DGAA004	1	0	992,60	970,72
DGAA004	4	0	527,09	527,09
DGAA004	5	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DGAA005	1	0	888,38	734,71
DGAA005	4	0	431,69	431,69
DGAA006	1	0	1 529,31	1 282,01
DGAA006	4	0	735,94	735,94
DGAA006	5	0	313,50	313,50
DGAF003	1	0	850,67	355,30
DGAF003	4	0	104,88	104,88
DGAF004	1	0	397,10	397,10
DGAF004	4	0	209,00	209,00
DGAF005	1	0	355,30	355,30
DGAF005	4	0	94,55	94,55
DGAF006	1	0	397,10	397,10
DGAF006	4	0	209,00	209,00
DGAF008	1	0	355,30	355,30
DGAF008	4	0	94,55	94,55
DGCA001	1	0	571,45	401,66
DGCA001	4	0	300,87	300,87
DGCA002	1	0	890,97	890,97
DGCA002	4	0	619,27	619,27
DGCA003	1	0	1 252,09	1 055,39
DGCA003	4	0	580,68	580,68
DGCA004	1	0	1 001,82	910,23
DGCA004	4	0	493,44	493,44
DGCA005	1	0	878,45	728,95
DGCA005	4	0	350,59	350,59
DGCA006	1	0	1 214,69	1 214,69
DGCA006	4	0	698,91	698,91
DGCA006	5	0	313,50	313,50
DGCA007	1	0	788,41	702,34
DGCA007	4	0	444,37	444,37
DGCA008	1	0	1 047,28	1 047,28
DGCA008	4	0	614,80	614,80
DGCA009	1	0	785,57	700,69
DGCA009	4	0	313,88	313,88
DGCA010	1	0	1 108,17	971,91
DGCA010	4	0	505,90	505,90
DGCA011	1	0	1 671,82	1 474,39
DGCA011	4	0	671,79	671,79
DGCA011	5	0	333,70	313,50
DGCA012	1	0	894,76	764,02
DGCA012	4	0	444,37	444,37
DGCA013	1	0	1 465,50	1 223,05
DGCA013	4	0	709,30	709,30
DGCA014	1	0	817,48	693,58
DGCA014	4	0	329,33	329,33
DGCA015	1	0	1 074,84	921,86
DGCA015	4	0	594,27	594,27
DGCA016	1	0	916,03	750,74
DGCA016	4	0	363,41	363,41
DGCA017	1	0	1 076,97	975,76
DGCA017	4	0	658,59	658,59
DGCA017	5	0	313,50	313,50
DGCA018	1	0	926,66	756,91
DGCA018	4	0	397,87	397,87
DGCA019	1	0	891,92	762,38
DGCA019	4	0	323,04	323,04
DGCA020	1	0	1 110,29	998,76
DGCA020	4	0	477,26	477,26
DGCA021	1	0	1 108,17	971,91
DGCA021	4	0	438,81	438,81
DGCA022	1	0	960,70	911,99
DGCA022	4	0	475,80	475,80
DGCA023	1	0	1 373,33	1 094,98
DGCA023	4	0	629,09	629,09
DGCA024	1	0	801,88	684,54
DGCA024	4	0	376,24	376,24
DGCA025	1	0	858,60	717,43
DGCA025	4	0	592,15	592,15
DGCA026	1	0	1 067,05	973,67
DGCA026	4	0	488,98	488,98
DGCA027	1	0	1 115,21	1 115,21
DGCA027	4	0	638,80	638,80
DGCA027	5	0	313,50	313,50
DGCA028	1	0	1 037,75	1 037,75
DGCA028	4	0	616,80	616,80
DGCA028	5	0	313,50	313,50
DGCA029	1	0	1 003,94	937,07
DGCA029	4	0	465,90	465,90
DGCA030	1	0	1 302,43	1 084,59
DGCA030	4	0	616,60	616,60

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DGCA031	1	0	1 006,07	846,86
DGCA031	4	0	554,72	554,72
DGCA032	1	0	1 052,16	873,59
DGCA032	4	0	390,87	390,87
DGDA001	1	0	522,50	522,50
DGDA001	4	0	351,04	351,04
DGFA001	1	0	807,55	687,83
DGFA001	4	0	401,90	401,90
DGFA002	1	0	1 844,11	1 530,42
DGFA002	4	0	719,44	719,44
DGFA002	5	0	333,70	313,50
DGFA003	1	0	1 011,74	915,99
DGFA003	4	0	464,12	464,12
DGFA004	1	0	548,63	548,63
DGFA004	4	0	329,18	329,18
DGFA005	1	0	625,34	494,37
DGFA005	4	0	307,00	307,00
DGFA007	1	0	879,16	795,20
DGFA007	4	0	446,56	446,56
DGFA008	1	0	1 264,86	1 117,65
DGFA008	4	0	637,82	637,82
DGFA009	1	0	763,59	662,33
DGFA009	4	0	361,95	361,95
DGFA010	1	0	607,61	549,92
DGFA010	4	0	306,55	306,55
DGFA011	1	0	1 645,59	1 327,50
DGFA011	4	0	792,88	792,88
DGFA012	1	0	490,63	416,23
DGFA012	4	0	205,83	205,83
DGFA013	1	0	917,45	751,57
DGFA013	4	0	612,31	612,31
DGFA014	1	0	1 157,09	1 022,23
DGFA014	4	0	645,39	645,39
DGFA015	1	0	604,78	570,22
DGFA015	4	0	278,37	278,37
DGFA016	1	0	738,78	647,94
DGFA016	4	0	490,62	490,62
DGFA017	1	0	1 157,09	1 022,23
DGFA017	4	0	597,37	597,37
DGFA017	5	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DGFA018	1	0	871,73	871,73
DGFA018	4	0	562,92	562,92
DGFA018	5	0	313,50	313,50
DGFA019	1	0	841,62	841,62
DGFA019	4	0	484,75	484,75
DGFA020	1	0	604,07	569,81
DGFA020	4	0	443,42	443,42
DGGA001	1	0	271,18	271,18
DGGA001	4	0	237,07	237,07
DGGA002	1	0	1 896,58	1 429,19
DGGA002	4	0	635,29	635,29
DGGA003	1	0	1 738,47	1 396,01
DGGA003	4	0	648,03	648,03
DGGA004	1	0	313,50	313,50
DGKA001	1	0	1 932,03	1 625,31
DGKA001	4	0	825,01	825,01
DGKA001	5	0	333,70	313,50
DGKA002	1	0	856,73	856,73
DGKA002	4	0	573,78	573,78
DGKA003	1	0	2 038,38	1 708,93
DGKA003	4	0	815,12	815,12
DGKA003	5	0	313,50	313,50
DGKA004	1	0	665,04	605,18
DGKA004	4	0	310,63	310,63
DGKA005	1	0	1 846,95	1 575,96
DGKA005	4	0	789,81	789,81
DGKA005	5	0	333,70	313,50
DGKA006	1	0	1 958,26	1 508,85
DGKA006	4	0	1 001,45	1 001,45
DGKA007	1	0	1 264,15	1 128,21
DGKA007	4	0	599,94	599,94
DGKA007	5	0	313,50	313,50
DGKA008	1	0	2 369,48	1 879,03
DGKA008	4	0	1 009,75	1 009,75
DGKA008	5	0	313,50	313,50
DGKA009	1	0	1 073,43	885,93
DGKA009	4	0	558,02	558,02
DGKA010	1	0	2 063,19	1 701,39
DGKA010	4	0	823,17	823,17
DGKA010	5	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DGKA011	1	0	1 381,84	1 240,37
DGKA011	4	0	690,84	690,84
DGKA011	5	0	313,50	313,50
DGKA012	1	0	2 828,91	2 145,50
DGKA012	4	0	1 098,09	1 098,09
DGKA012	5	0	313,50	313,50
DGKA013	1	0	1 824,97	1 431,55
DGKA013	4	0	814,87	814,87
DGKA014	1	0	2 304,25	2 060,65
DGKA014	4	0	978,96	978,96
DGKA014	5	0	333,70	313,50
DGKA015	1	0	1 895,87	1 714,07
DGKA015	4	0	763,43	763,43
DGKA015	5	0	313,50	313,50
DGKA016	1	0	2 063,19	1 701,39
DGKA016	4	0	908,35	908,35
DGKA017	1	0	752,28	752,28
DGKA017	4	0	495,34	495,34
DGKA018	1	0	2 132,67	1 829,46
DGKA018	4	0	908,22	908,22
DGKA018	5	0	333,70	313,50
DGKA019	1	0	1 142,20	1 142,20
DGKA019	4	0	610,44	610,44
DGKA020	1	0	2 369,48	1 879,03
DGKA020	4	0	1 094,92	1 094,92
DGKA021	1	0	1 081,23	1 022,12
DGKA021	4	0	549,36	549,36
DGKA021	5	0	313,50	313,50
DGKA022	1	0	752,28	752,28
DGKA022	4	0	495,34	495,34
DGKA023	1	0	1 288,25	1 142,20
DGKA023	4	0	646,86	646,86
DGKA023	5	0	313,50	313,50
DGKA024	1	0	994,98	994,98
DGKA024	4	0	563,65	563,65
DGKA024	5	0	313,50	313,50
DGKA025	1	0	1 028,76	991,69
DGKA025	4	0	636,60	636,60
DGKA025	5	0	313,50	313,50
DGKA026	1	0	2 358,13	2 004,12
DGKA026	4	0	1 000,95	1 000,95
DGKA026	5	0	333,70	313,50
DGKA027	1	0	1 807,95	1 443,62
DGKA027	4	0	691,58	691,58
DGKA027	5	0	313,50	313,50
DGKA028	1	0	2 715,47	1 969,98
DGKA028	4	0	1 035,41	1 035,41
DGKA028	5	0	333,70	313,50
DGKA029	1	0	2 215,82	2 215,82
DGKA029	4	0	992,16	992,16
DGKA029	5	0	313,50	313,50
DGLA002	1	0	209,00	209,00
DGLA002	4	0	125,40	125,40
DGLF001	1	0	522,50	522,50
DGLF001	4	0	229,90	229,90
DGLF002	1	0	522,50	522,50
DGLF002	4	0	229,90	229,90
DGLF003	1	0	355,30	355,30
DGLF003	4	0	94,05	94,05
DGLF005	1	0	522,50	522,50
DGLF005	4	0	229,90	229,90
DGLF006	1	0	209,00	209,00
DGLF006	4	0	125,40	125,40
DGLF012	1	0	1 693,09	1 693,09
DGLF012	4	0	442,40	442,40
DGMA001	1	0	843,16	843,16
DGMA001	4	0	506,43	506,43
DGMA002	1	0	1 379,40	1 379,40
DGMA002	4	0	627,16	627,16
DGMA002	5	0	313,50	313,50
DGMA005	1	0	1 400,28	1 229,11
DGMA005	4	0	617,99	617,99
DGMA005	5	0	333,70	313,50
DGMA009	1	0	1 184,74	1 169,94
DGMA009	4	0	554,58	554,58
DGMA009	5	0	313,50	313,50
DGMA010	1	0	1 109,71	1 109,71
DGMA010	4	0	616,89	616,89
DGMA010	5	0	313,50	313,50
DGMA011	1	0	799,27	799,27

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DGMA011	4	0	469,44	469,44
DGMA012	1	0	1 189,70	1 041,15
DGMA012	4	0	586,84	586,84
DGMA012	5	0	313,50	313,50
DGPA001	1	0	1 220,19	1 062,49
DGPA001	4	0	564,13	564,13
DGPA005	1	0	845,13	735,23
DGPA005	4	0	464,17	464,17
DGPA008	1	0	1 347,10	1 136,10
DGPA008	4	0	553,50	553,50
DGPA010	1	0	1 188,99	1 018,79
DGPA010	4	0	516,90	516,90
DGPA012	1	0	1 240,75	1 074,43
DGPA012	4	0	539,58	539,58
DGPA013	1	0	1 295,34	1 106,08
DGPA013	4	0	554,97	554,97
DGPA014	1	0	263,78	263,78
DGPA014	4	0	301,96	301,96
DGPA016	1	0	1 113,84	1 000,82
DGPA016	4	0	551,30	551,30
DGPA017	1	0	951,48	796,92
DGPA017	4	0	479,20	479,20
DGPA018	1	0	1 644,88	1 308,82
DGPA018	4	0	611,06	611,06
DGPF001	1	0	512,05	512,05
DGPF001	4	0	141,08	141,08
DGPF002	1	0	512,05	512,05
DGPF002	4	0	141,08	141,08
DGQH001	1	0	240,00	240,00
DGQH002	1	0	144,00	144,00
DGQH003	1	0	240,00	240,00
DGQH004	1	0	144,00	144,00
DGQH005	1	0	144,00	144,00
DGQH006	1	0	144,00	144,00
DGQH007	1	0	144,00	144,00
DGQM001	1	0	76,59	76,59
DGQM002	1	0	75,60	75,60
DGSA001	1	0	1 820,71	1 319,35
DGSA001	4	0	578,14	578,14
DGSA002	1	0	1 161,60	1 161,60

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DGSA002	4	0	462,23	462,23
DGSA003	1	0	1 099,66	988,92
DGSA003	4	0	573,27	573,27
DGSA003	5	0	313,50	313,50
DGSA004	1	0	1 820,71	1 319,35
DGSA004	4	0	578,14	578,14
DGSA005	1	0	423,98	316,14
DGSA005	4	0	262,38	262,38
DHAF001	1	0	313,50	313,50
DHAF001	4	0	94,05	94,05
DHAF002	1	0	313,50	313,50
DHAF003	1	0	313,50	313,50
DHAF004	1	0	313,50	313,50
DHAF004	4	0	94,05	94,05
DHCA001	1	0	942,26	765,96
DHCA001	4	0	438,56	438,56
DHCA002	1	0	941,55	809,44
DHCA002	4	0	460,15	460,15
DHCA003	1	0	689,15	619,15
DHCA003	4	0	343,99	343,99
DHCA004	1	0	579,25	555,42
DHCA004	4	0	229,90	229,90
DHFA001	1	0	1 454,16	1 062,86
DHFA001	4	0	492,81	492,81
DHFA002	1	0	740,20	499,54
DHFA002	4	0	240,39	240,39
DHFA003	1	0	606,90	536,34
DHFA003	4	0	302,90	302,90
DHFA004	1	0	962,82	628,67
DHFA004	4	0	305,63	305,63
DHFA005	1	0	1 111,00	714,60
DHFA005	4	0	342,65	342,65
DHFA006	1	0	1 260,60	950,60
DHFA006	4	0	444,06	444,06
DHFA007	1	0	969,91	782,00
DHFA007	4	0	370,38	370,38
DHGA001	1	0	697,66	474,86
DHGA001	4	0	162,67	162,67
DHGA002	1	0	1 011,74	806,26
DHGA002	4	0	230,72	230,72

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DHGF001	1	0	209,00	209,00
DHGF001	4	0	94,05	94,05
DHNF001	1	0	261,25	261,25
DHNF001	4	0	94,05	94,05
DHNF002	1	0	366,11	209,00
DHNF002	4	0	94,05	94,05
DHNF003	1	0	329,77	209,00
DHNF003	4	0	94,05	94,05
DHNF004	1	0	366,11	209,00
DHNF004	4	0	94,05	94,05
DHNF005	1	0	209,00	209,00
DHNF005	4	0	94,05	94,05
DHNF006	1	0	292,60	292,60
DHNF006	4	0	135,85	135,85
DHPA001	1	0	655,12	599,41
DHPA001	4	0	364,88	364,88
DHPF002	1	0	313,50	313,50
DHPF002	4	0	94,05	94,05
DHPF003	1	0	355,30	355,30
DHPF003	4	0	94,05	94,05
DHQH001	1	0	86,40	86,40
DHQH002	1	0	86,40	86,40
DHQH003	1	0	86,40	86,40
DHQH004	1	0	86,40	86,40
DHQH005	1	0	86,40	86,40
DHQH006	1	0	86,40	86,40
DHQH007	1	0	192,00	192,00
DHQM001	1	0	69,93	69,93
DHQM002	1	0	69,93	69,93
DHSA001	1	0	285,02	235,53
DHSA001	4	0	160,48	160,48
DHSA002	1	0	339,61	267,20
DHSA002	4	0	175,87	175,87
DHSF001	1	0	167,20	167,20
DHSF002	1	0	167,20	167,20
DKRP001	1	0	28,80	28,80
DKRP002	1	0	28,80	28,80
DKRP003	1	0	28,80	28,80
DKRP004	1	0	76,80	76,80
DKRP005	1	0	28,80	28,80

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DZMA001	1	0	2 085,17	1 692,19
DZMA001	4	0	605,16	605,16
DZMA001	5	0	333,70	313,50
DZMA002	1	0	1 857,08	1 857,08
DZMA002	4	0	715,50	715,50
DZMA002	5	0	313,50	313,50
DZMA003	1	0	1 857,08	1 857,08
DZMA003	4	0	715,50	715,50
DZMA003	5	0	313,50	313,50
DZMA004	1	0	2 212,08	1 765,80
DZMA004	4	0	647,32	647,32
DZMA004	5	0	333,70	313,50
DZMA005	1	0	1 499,54	1 352,52
DZMA005	4	0	601,50	601,50
DZMA005	5	0	333,70	313,50
DZMA006	1	0	2 088,71	1 606,46
DZMA006	4	0	608,10	608,10
DZMA006	5	0	313,50	313,50
DZMA007	1	0	2 031,29	1 660,94
DZMA007	4	0	621,29	621,29
DZMA007	5	0	333,70	313,50
DZMA009	1	0	1 958,26	1 618,58
DZMA009	4	0	683,97	683,97
DZMA009	5	0	333,70	313,50
DZMA010	1	0	2 087,30	1 693,42
DZMA010	4	0	621,29	621,29
DZMA010	5	0	333,70	313,50
DZMA011	1	0	1 460,54	1 329,90
DZMA011	4	0	608,46	608,46
DZMA011	5	0	333,70	313,50
DZMA012	1	0	1 783,14	1 429,23
DZMA012	4	0	591,97	591,97
DZMA012	5	0	333,70	313,50
DZQJ001	1	0	143,08	143,08
DZQJ002	1	0	122,85	122,85
DZQJ006	1	0	158,16	158,16
DZQJ007	1	0	122,85	122,85
DZQJ008	1	0	160,11	160,11
DZQJ009	1	0	107,65	107,65
DZQJ010	1	0	168,39	168,39

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
DZQJ011	1	0	152,16	152,16
DZQM002	1	0	170,66	170,66
DZQM005	1	0	111,71	111,71
DZQM006	1	0	96,49	96,49
DZQM008	1	0	69,00	69,00
DZQN001	1	0	69,00	69,00
DZQN002	1	0	69,00	69,00
DZQX005	1	0	62,15	62,15
DZSA001	1	0	1 154,96	1 021,00
DZSA001	4	0	532,50	532,50
DZSA001	5	0	313,50	313,50
DZSA002	1	0	447,38	347,26
DZSA002	4	0	347,03	347,03
EABA001	1	0	730,89	730,89
EABA001	4	0	638,20	638,20
EACA001	1	0	711,84	588,43
EACA001	4	0	373,67	373,67
EACA002	1	0	1 098,24	944,21
EACA002	4	0	604,77	604,77
EACA003	1	0	1 349,94	1 046,30
EACA003	4	0	634,53	634,53
EACA004	1	0	1 046,30	1 046,30
EACA004	4	0	671,19	671,19
EACA005	1	0	563,66	502,48
EACA005	4	0	305,86	305,86
EACA006	1	0	418,00	418,00
EACA006	4	0	267,74	267,74
EACA007	1	0	846,55	754,34
EACA007	4	0	602,28	602,28
EAFA001	1	0	535,90	535,90
EAFA001	4	0	522,96	522,96
EAFA002	1	0	919,66	919,66
EAFA002	4	0	412,35	412,35
EAFA003	1	0	912,48	704,80
EAFA003	4	0	431,60	431,60
EAFA004	1	0	1 243,56	1 243,56
EAFA004	4	0	699,78	699,78
EAFA005	1	0	1 028,76	860,02
EAFA005	4	0	558,29	558,29
EAFA006	1	0	1 164,24	850,82
EAFA006	4	0	332,99	332,99
EAFA007	1	0	713,71	713,71
EAFA007	4	0	289,73	289,73
EAFA008	1	0	1 150,71	930,75
EAFA008	4	0	520,16	520,16
EAFA009	1	0	1 139,36	924,17
EAFA009	4	0	512,83	512,83
EAHF001	1	0	320,35	288,00
EANF002	1	0	313,50	313,50
EANF002	4	0	137,41	137,41
EAQH001	1	0	288,00	288,00
EAQH002	1	0	25,27	25,27
EAQJ001	1	0	69,00	69,00
EAQM002	1	0	43,62	43,62
EAQM003	1	0	54,99	54,99
EAQM004	1	0	54,99	54,99
EAQM005	1	0	69,93	69,93
EASA001	1	0	313,50	313,50
EASA001	4	0	328,33	328,33
EASA002	1	0	313,50	313,50
EASA002	4	0	328,33	328,33
EASF001	1	0	522,50	522,50
EASF001	4	0	243,12	243,12
EASF002	1	0	522,50	522,50
EASF002	4	0	229,90	229,90
EASF003	1	0	522,50	522,50
EASF003	4	0	229,90	229,90
EASF004	1	0	522,50	522,50
EASF004	4	0	229,90	229,90
EASF005	1	0	522,50	522,50
EASF005	4	0	230,94	230,94
EASF006	1	0	522,50	522,50
EASF006	4	0	229,90	229,90
EASF007	1	0	522,50	522,50
EASF007	4	0	229,90	229,90
EASF008	1	0	522,50	522,50
EASF008	4	0	229,90	229,90
EASF009	1	0	522,50	522,50
EASF009	4	0	230,94	230,94
EASF010	1	0	522,50	522,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EASF010	4	0	272,87	272,87
EASF011	1	0	522,50	522,50
EASF011	4	0	229,90	229,90
EASF012	1	0	522,50	522,50
EASF012	4	0	229,90	229,90
EASF013	1	0	522,50	522,50
EASF013	4	0	286,44	286,44
EASF014	1	0	522,50	522,50
EASF014	4	0	229,90	229,90
EASF015	1	0	522,50	522,50
EASF015	4	0	230,94	230,94
EBAA002	1	0	571,45	550,89
EBAA002	4	0	336,66	336,66
EBAF001	1	0	313,50	313,50
EBAF003	1	0	313,50	313,50
EBAF004	1	0	313,50	313,50
EBAF005	1	0	313,50	313,50
EBAF006	1	0	313,50	313,50
EBAF009	1	0	313,50	313,50
EBAF010	1	0	313,50	313,50
EBAF011	1	0	313,50	313,50
EBCA001	1	0	850,09	712,51
EBCA001	4	0	359,38	359,38
EBCA002	1	0	522,50	522,50
EBCA002	4	0	287,90	287,90
EBCA003	1	0	596,98	565,70
EBCA003	4	0	291,57	291,57
EBCA004	1	0	796,92	681,66
EBCA004	4	0	295,23	295,23
EBCA005	1	0	1 042,23	823,94
EBCA005	4	0	352,05	352,05
EBCA006	1	0	253,11	190,69
EBCA006	4	0	171,18	171,18
EBCA007	1	0	592,02	387,26
EBCA007	4	0	178,15	178,15
EBCA008	1	0	801,88	684,54
EBCA008	4	0	339,22	339,22
EBCA009	1	0	458,72	309,95
EBCA009	4	0	221,77	221,77
EBCA010	1	0	526,22	526,22

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EBCA010	4	0	328,22	328,22
EBCA011	1	0	750,12	707,19
EBCA011	4	0	469,90	469,90
EBCA012	1	0	522,50	522,50
EBCA012	4	0	258,58	258,58
EBCA013	1	0	623,92	581,33
EBCA013	4	0	306,60	306,60
EBCA014	1	0	808,26	688,24
EBCA014	4	0	339,22	339,22
EBCA015	1	0	1 065,63	881,41
EBCA015	4	0	422,39	422,39
EBCA016	1	0	708,29	454,70
EBCA016	4	0	266,86	266,86
EBCA017	1	0	801,88	684,54
EBCA017	4	0	338,85	338,85
EBEA001	1	0	522,50	522,50
EBEA001	4	0	274,70	274,70
EBEA002	1	0	867,11	722,37
EBEA002	4	0	339,22	339,22
EBEA003	1	0	852,22	713,74
EBEA003	4	0	343,62	343,62
EBEA004	1	0	1 057,83	832,99
EBEA004	4	0	352,05	352,05
EBEA005	1	0	826,69	698,93
EBEA005	4	0	335,92	335,92
EBFA001	1	0	840,87	570,74
EBFA001	4	0	255,47	255,47
EBFA002	1	0	650,86	640,84
EBFA002	4	0	392,00	392,00
EBFA003	1	0	632,43	586,26
EBFA003	4	0	357,92	357,92
EBFA004	1	0	522,50	522,50
EBFA004	4	0	342,16	342,16
EBFA005	1	0	505,52	424,87
EBFA005	4	0	288,30	288,30
EBFA006	1	0	627,00	627,00
EBFA006	4	0	373,32	373,32
EBFA007	1	0	591,31	500,24
EBFA007	4	0	207,28	207,28
EBFA008	1	0	627,00	627,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EBFA008	4	0	370,38	370,38
EBFA009	1	0	522,50	522,50
EBFA009	4	0	238,42	238,42
EBFA010	1	0	777,77	714,45
EBFA010	4	0	439,62	439,62
EBFA011	1	0	1 101,79	902,38
EBFA011	4	0	393,11	393,11
EBFA012	1	0	627,00	627,00
EBFA012	4	0	350,59	350,59
EBFA013	1	0	313,50	313,50
EBFA013	4	0	260,81	260,81
EBFA014	1	0	771,39	666,85
EBFA014	4	0	343,62	343,62
EBFA015	1	0	627,00	627,00
EBFA015	4	0	390,54	390,54
EBFA016	1	0	632,43	630,15
EBFA016	4	0	374,78	374,78
EBFA017	1	0	807,55	687,83
EBFA017	4	0	267,01	267,01
EBFA018	1	0	813,93	691,53
EBFA018	4	0	267,01	267,01
EBFA019	1	0	757,92	659,05
EBFA019	4	0	338,49	338,49
EBFA020	1	0	621,79	580,09
EBFA020	4	0	284,60	284,60
EBFA021	1	0	522,50	522,50
EBFA021	4	0	249,04	249,04
EBGA001	1	0	72,32	59,50
EBHA001	1	0	52,25	52,25
EBHA002	1	0	116,28	102,55
EBKA001	1	0	708,29	630,26
EBKA001	4	0	305,50	305,50
EBKA002	1	0	894,05	738,00
EBKA002	4	0	357,92	357,92
EBKA003	1	0	848,10	848,10
EBKA003	4	0	422,39	422,39
EBKA004	1	0	708,29	674,15
EBKA004	4	0	305,50	305,50
EBLA001	1	0	145,35	128,19
EBLA001	4	0	57,60	57,60

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EBLA002	1	0	104,50	104,50
EBLA003	1	0	138,96	125,40
EBLF002	1	0	153,60	153,60
EBLF003	1	0	153,60	153,60
EBNE001	1	0	224,07	195,80
EBNE002	1	0	150,15	130,97
EBNF001	1	0	313,50	313,50
EBNF001	4	0	94,05	94,05
EBNF002	1	0	313,50	313,50
EBNF002	4	0	94,05	94,05
EBNH001	1	0	199,82	104,50
EBPA003	1	0	659,45	659,45
EBPA003	4	0	352,05	352,05
EBQF001	1	0	67,66	67,66
EBQF002	1	0	72,41	72,41
EBQF003	1	0	61,44	61,44
EBQF004	1	0	64,07	64,07
EBQF005	1	0	72,55	72,55
EBQF006	1	0	75,58	75,58
EBQH001	1	0	57,60	57,60
EBQH002	1	0	288,00	288,00
EBQH003	1	0	288,00	288,00
EBQH004	1	0	25,27	25,27
EBQH005	1	0	288,00	288,00
EBQH006	1	0	25,27	25,27
EBQH007	1	0	288,00	288,00
EBQH008	1	0	288,00	288,00
EBQH009	1	0	57,60	57,60
EBQH010	1	0	288,00	288,00
EBQH011	1	0	240,00	240,00
EBQJ001	1	0	69,00	69,00
EBQJ002	1	0	69,00	69,00
EBQM001	1	0	69,93	69,93
EBQM002	1	0	104,90	104,90
EBQM003	1	0	94,16	94,16
EBSA001	1	0	203,28	161,80
EBSA001	4	0	86,51	86,51
EBSA002	1	0	272,12	272,12
EBSA002	4	0	189,14	189,14
EBSA003	1	0	154,56	133,54

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EBSA003	4	0	124,26	124,26
EBSA004	1	0	210,09	210,09
EBSA004	4	0	95,67	95,67
EBSA005	1	0	177,96	147,10
EBSA005	4	0	148,09	148,09
EBSA006	1	0	205,61	163,15
EBSA006	4	0	105,57	105,57
EBSA007	1	0	200,57	200,57
EBSA007	4	0	157,99	157,99
EBSA008	1	0	166,32	140,36
EBSA008	4	0	78,81	78,81
EBSA009	1	0	248,71	210,09
EBSA009	4	0	125,00	125,00
EBSA010	1	0	192,85	155,74
EBSA010	4	0	98,97	98,97
EBSA011	1	0	199,43	159,56
EBSA011	4	0	156,52	156,52
EBSA012	1	0	315,51	226,88
EBSA012	4	0	219,93	219,93
EBSF001	1	0	522,50	522,50
EBSF001	4	0	229,90	229,90
EBSF003	1	0	522,50	522,50
EBSF003	4	0	229,90	229,90
EBSF004	1	0	522,50	522,50
EBSF004	4	0	229,90	229,90
EBSH001	1	0	375,41	104,50
ECAF001	1	0	313,50	313,50
ECAF002	1	0	313,50	313,50
ECAF003	1	0	313,50	313,50
ECAF004	1	0	313,50	313,50
ECCA001	1	0	365,75	365,75
ECCA001	4	0	193,01	193,01
ECCA002	1	0	462,27	399,78
ECCA002	4	0	146,30	146,30
ECCA003	1	0	319,05	316,72
ECCA003	4	0	161,15	161,15
ECCA004	1	0	216,25	151,76
ECCA004	4	0	123,80	123,80
ECCA005	1	0	209,00	209,00
ECCA005	4	0	130,76	130,76

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ECCA006	1	0	1 031,60	817,77
ECCA006	4	0	681,23	681,23
ECCA007	1	0	525,37	524,17
ECCA007	4	0	253,08	253,08
ECCA009	1	0	850,09	712,51
ECCA009	4	0	262,98	262,98
ECCA010	1	0	708,29	454,70
ECCA010	4	0	333,94	333,94
ECFA001	1	0	1 008,20	804,20
ECFA001	4	0	364,88	364,88
ECFA002	1	0	209,86	209,51
ECFA002	4	0	128,22	128,22
ECFA003	1	0	710,03	710,03
ECFA003	4	0	381,74	381,74
ECFA004	1	0	569,33	549,66
ECFA004	4	0	251,98	251,98
ECFA005	1	0	313,50	313,50
ECFA005	4	0	146,30	146,30
ECFA006	1	0	758,63	659,45
ECFA006	4	0	254,91	254,91
ECJF001	1	0	209,00	209,00
ECKA001	1	0	1 031,60	861,67
ECKA001	4	0	390,87	390,87
ECKA002	1	0	808,97	688,65
ECKA002	4	0	259,31	259,31
ECLF003	1	0	313,50	313,50
ECLF004	1	0	313,50	313,50
ECLF005	1	0	153,60	153,60
ECLF006	1	0	153,60	153,60
ECMA001	1	0	834,49	729,79
ECMA001	4	0	284,97	284,97
ECNF001	1	0	313,50	313,50
ECNF001	4	0	94,05	94,05
ECNF002	1	0	313,50	313,50
ECNF002	4	0	94,05	94,05
ECNH001	1	0	381,47	104,50
ECPA003	1	0	762,88	661,93
ECPA003	4	0	362,41	362,41
ECPF001	1	0	313,50	313,50
ECPF002	1	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ECPF003	1	0	313,50	313,50
ECPF004	1	0	313,50	313,50
ECPF004	4	0	94,05	94,05
ECPF005	1	0	313,50	313,50
ECPF005	4	0	94,05	94,05
ECQH001	1	0	240,00	240,00
ECQH002	1	0	192,00	192,00
ECQH003	1	0	96,00	96,00
ECQH004	1	0	96,00	96,00
ECQH005	1	0	192,00	192,00
ECQH006	1	0	96,00	96,00
ECQH007	1	0	240,00	240,00
ECQH010	1	0	25,27	25,27
ECQH011	1	0	50,54	50,54
ECQH012	1	0	288,00	288,00
ECQH013	1	0	288,00	288,00
ECQH014	1	0	288,00	288,00
ECQH015	1	0	288,00	288,00
ECQH016	1	0	288,00	288,00
ECQJ001	1	0	69,00	69,00
ECQM001	1	0	69,93	69,93
ECQM002	1	0	69,93	69,93
ECSA001	1	0	199,74	199,74
ECSA001	4	0	187,68	187,68
ECSA002	1	0	524,57	524,57
ECSA002	4	0	330,02	330,02
ECSA003	1	0	131,87	102,82
ECSA003	4	0	116,56	116,56
ECSF001	1	0	535,71	355,30
ECSF001	4	0	94,05	94,05
ECSF002	1	0	355,30	355,30
ECSF002	4	0	94,05	94,05
ECSF003	1	0	355,30	355,30
ECSF003	4	0	94,05	94,05
ECSF004	1	0	355,30	355,30
ECSF004	4	0	94,05	94,05
ECSF006	1	0	355,30	355,30
ECSF006	4	0	94,05	94,05
ECSF008	1	0	355,30	355,30
ECSF008	4	0	94,05	94,05

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EDAA002	1	0	687,83	687,83
EDAA002	4	0	367,08	367,08
EDAA003	1	0	156,75	156,75
EDAA003	4	0	47,03	47,03
EDAF001	1	0	355,30	355,30
EDAF001	4	0	94,05	94,05
EDAF002	1	0	313,50	313,50
EDAF002	4	0	94,05	94,05
EDAF003	1	0	313,50	313,50
EDAF003	4	0	94,05	94,05
EDAF004	1	0	355,30	355,30
EDAF004	4	0	94,05	94,05
EDAF005	1	0	355,30	355,30
EDAF005	4	0	94,05	94,05
EDAF006	1	0	355,30	355,30
EDAF006	4	0	94,05	94,05
EDAF007	1	0	355,30	355,30
EDAF007	4	0	94,05	94,05
EDAF008	1	0	355,30	355,30
EDAF008	4	0	94,05	94,05
EDAF009	1	0	355,30	355,30
EDAF009	4	0	94,05	94,05
EDAF010	1	0	355,30	355,30
EDAF010	4	0	94,05	94,05
EDCA001	1	0	743,74	501,60
EDCA001	4	0	307,46	307,46
EDCA002	1	0	758,63	510,23
EDCA002	4	0	342,65	342,65
EDCA003	1	0	551,60	539,38
EDCA003	4	0	267,01	267,01
EDCA004	1	0	583,48	583,48
EDCA004	4	0	292,62	292,62
EDCA005	1	0	587,05	585,55
EDCA005	4	0	290,88	290,88
EDCC015	1	0	772,55	530,40
EDCC015	4	0	331,46	331,46
EDEA001	1	0	796,92	681,66
EDEA001	4	0	267,01	267,01
EDEA002	1	0	261,25	261,25
EDEA002	4	0	114,95	114,95

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EDEA003	1	0	261,25	261,25
EDEA003	4	0	114,95	114,95
EDEA004	1	0	859,31	717,85
EDEA004	4	0	369,28	369,28
EDEA005	1	0	865,69	721,55
EDEA005	4	0	350,59	350,59
EDFA001	1	0	845,84	710,03
EDFA001	4	0	356,45	356,45
EDFA002	1	0	650,86	509,17
EDFA002	4	0	316,17	316,17
EDFA003	1	0	651,57	597,36
EDFA003	4	0	289,41	289,41
EDFA004	1	0	983,38	899,54
EDFA004	4	0	425,99	425,99
EDFA005	1	0	1 329,38	1 025,60
EDFA005	4	0	595,41	595,41
EDFA006	1	0	606,20	571,04
EDFA006	4	0	278,28	278,28
EDFA007	1	0	418,00	418,00
EDFA007	4	0	246,14	246,14
EDFA008	1	0	794,79	592,65
EDFA008	4	0	342,19	342,19
EDFA009	1	0	780,61	672,21
EDFA009	4	0	365,62	365,62
EDFA010	1	0	799,75	683,30
EDFA010	4	0	392,74	392,74
EDJF001	1	0	313,50	313,50
EDJF001	4	0	94,93	94,93
EDJF002	1	0	549,17	355,30
EDJF002	4	0	94,05	94,05
EDKA002	1	0	885,54	733,06
EDKA002	4	0	364,88	364,88
EDKA003	1	0	866,40	721,96
EDKA003	4	0	342,16	342,16
EDLA001	1	0	303,45	246,22
EDLA001	4	0	126,01	126,01
EDLF004	1	0	574,75	574,75
EDLF004	4	0	193,33	193,33
EDLF005	1	0	397,10	397,10
EDLF005	4	0	146,30	146,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EDLF006	1	0	355,30	355,30
EDLF007	1	0	397,10	397,10
EDLF007	4	0	146,30	146,30
EDLF008	1	0	607,05	532,95
EDLF013	1	0	355,30	355,30
EDLF013	4	0	94,05	94,05
EDLF014	1	0	153,60	153,60
EDLF015	1	0	153,60	153,60
EDLF016	1	0	153,60	153,60
EDLF017	1	0	153,60	153,60
EDLF018	1	0	153,60	153,60
EDLF019	1	0	153,60	153,60
EDLF020	1	0	153,60	153,60
EDLF021	1	0	153,60	153,60
EDLL001	1	0	153,60	153,60
EDLL001	2	0	42,87	42,87
EDLL002	1	0	153,60	153,60
EDLL002	2	0	42,87	42,87
EDMA001	1	0	880,58	730,19
EDMA001	4	0	387,24	387,24
EDMA003	1	0	1 136,53	878,64
EDMA003	4	0	464,96	464,96
EDMA004	1	0	1 321,58	1 051,44
EDMA004	4	0	446,54	446,54
EDNF001	1	0	313,50	313,50
EDNF001	4	0	94,05	94,05
EDNF002	1	0	313,50	313,50
EDNF002	4	0	94,05	94,05
EDNF003	1	0	313,50	313,50
EDNF003	4	0	94,05	94,05
EDPA001	1	0	723,89	664,91
EDPA001	4	0	313,88	313,88
EDPA002	1	0	691,28	471,16
EDPA002	4	0	263,47	263,47
EDPA005	1	0	856,47	741,82
EDPA005	4	0	358,23	358,23
EDPF001	1	0	355,30	355,30
EDPF001	4	0	94,05	94,05
EDPF002	1	0	355,30	355,30
EDPF002	4	0	94,05	94,05

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EDPF003	1	0	355,30	355,30
EDPF003	4	0	94,05	94,05
EDPF004	1	0	355,30	355,30
EDPF004	4	0	94,05	94,05
EDPF005	1	0	355,30	355,30
EDPF005	4	0	94,05	94,05
EDPF006	1	0	313,50	313,50
EDPF006	4	0	94,05	94,05
EDPF007	1	0	355,30	355,30
EDPF007	4	0	94,05	94,05
EDPF008	1	0	313,50	313,50
EDPF008	4	0	94,05	94,05
EDPF009	1	0	313,50	313,50
EDPF009	4	0	94,05	94,05
EDQH001	1	0	240,00	240,00
EDQH003	1	0	240,00	240,00
EDQH005	1	0	240,00	240,00
EDQH006	1	0	240,00	240,00
EDQH007	1	0	240,00	240,00
EDQH008	1	0	240,00	240,00
EDQM001	1	0	69,93	69,93
EDSA001	1	0	360,17	279,12
EDSA001	4	0	180,27	180,27
EDSA002	1	0	344,62	270,10
EDSA002	4	0	217,51	217,51
EDSA003	1	0	372,23	321,23
EDSA003	4	0	209,92	209,92
EDSF001	1	0	355,30	355,30
EDSF001	4	0	94,05	94,05
EDSF002	1	0	355,30	355,30
EDSF002	4	0	94,05	94,05
EDSF003	1	0	355,30	355,30
EDSF003	4	0	94,05	94,05
EDSF004	1	0	355,30	355,30
EDSF004	4	0	94,05	94,05
EDSF005	1	0	355,30	355,30
EDSF005	4	0	94,05	94,05
EDSF006	1	0	355,30	355,30
EDSF006	4	0	94,05	94,05
EDSF007	1	0	355,30	355,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EDSF007	4	0	94,05	94,05
EDSF008	1	0	355,30	355,30
EDSF008	4	0	94,05	94,05
EDSF009	1	0	355,30	355,30
EDSF009	4	0	94,05	94,05
EDSF010	1	0	355,30	355,30
EDSF010	4	0	94,05	94,05
EDSF011	1	0	355,30	355,30
EDSF011	4	0	94,30	94,30
EDSF012	1	0	355,30	355,30
EDSF012	4	0	94,05	94,05
EDSF013	1	0	355,30	355,30
EDSF013	4	0	94,05	94,05
EDSF014	1	0	355,30	355,30
EDSF014	4	0	94,05	94,05
EDSF015	1	0	355,30	355,30
EDSF015	4	0	94,05	94,05
EDSF016	1	0	355,30	355,30
EDSF016	4	0	94,05	94,05
EEAA002	1	0	313,50	313,50
EEAA002	4	0	172,88	172,88
EEAF001	1	0	334,40	334,40
EEAF001	4	0	94,05	94,05
EEAF002	1	0	491,15	491,15
EEAF002	4	0	141,08	141,08
EEAF003	1	0	334,40	334,40
EEAF003	4	0	94,05	94,05
EEAF004	1	0	334,40	334,40
EEAF004	4	0	94,05	94,05
EEAF005	1	0	491,15	491,15
EEAF005	4	0	141,08	141,08
EEAF006	1	0	501,60	501,60
EEAF006	4	0	141,08	141,08
EECA001	1	0	313,50	313,50
EECA001	4	0	167,75	167,75
EECA002	1	0	313,50	313,50
EECA002	4	0	165,92	165,92
EECA003	1	0	363,72	342,62
EECA003	4	0	186,44	186,44
EECA005	1	0	749,41	591,94

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EECA005	4	0	207,28	207,28
EECA006	1	0	661,50	603,12
EECA006	4	0	319,43	319,43
EECA007	1	0	522,50	522,50
EECA007	4	0	282,40	282,40
EECA008	1	0	507,64	451,71
EECA008	4	0	213,15	213,15
EECA009	1	0	211,28	148,88
EECA009	4	0	105,21	105,21
EECA010	1	0	618,96	516,28
EECA010	4	0	224,52	224,52
EECA012	1	0	798,33	655,42
EECA012	4	0	249,08	249,08
EEFA001	1	0	313,50	313,50
EEFA001	4	0	176,92	176,92
EEFA002	1	0	270,13	244,45
EEFA002	4	0	114,29	114,29
EEFA003	1	0	313,50	313,50
EEFA003	4	0	172,51	172,51
EEFA004	1	0	228,30	220,19
EEFA004	4	0	113,55	113,55
EEFA005	1	0	313,50	313,50
EEFA005	4	0	159,32	159,32
EEFA006	1	0	313,50	313,50
EEFA006	4	0	155,65	155,65
EEGA001	1	0	336,07	234,42
EEGA001	4	0	165,50	165,50
EEGA002	1	0	746,58	577,85
EEGA002	4	0	264,70	264,70
EEJF001	1	0	209,00	209,00
EEJF001	4	0	94,05	94,05
EEKA001	1	0	355,30	355,30
EEKA001	4	0	181,74	181,74
EELF002	1	0	334,40	334,40
EELF002	4	0	94,05	94,05
EELF004	1	0	153,60	153,60
EELF005	1	0	153,60	153,60
EENF001	1	0	313,50	313,50
EENF001	4	0	94,05	94,05
EENF002	1	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EENF002	4	0	94,05	94,05
EEPF001	1	0	334,40	334,40
EEPF001	4	0	94,05	94,05
EEPF002	1	0	334,40	334,40
EEPF002	4	0	94,05	94,05
EEQH001	1	0	86,40	86,40
EEQH002	1	0	57,60	57,60
EEQH003	1	0	57,60	57,60
EEQH004	1	0	57,60	57,60
EEQH005	1	0	57,60	57,60
EEQH006	1	0	57,60	57,60
EESA001	1	0	62,70	62,70
EESA001	4	0	91,27	91,27
EESF001	1	0	355,30	355,30
EESF001	4	0	94,05	94,05
EESF004	1	0	355,30	355,30
EESF004	4	0	94,05	94,05
EESF005	1	0	355,30	355,30
EESF005	4	0	94,05	94,05
EESF006	1	0	355,30	355,30
EESF006	4	0	94,05	94,05
EESF007	1	0	355,30	355,30
EESF007	4	0	94,05	94,05
EFAF001	1	0	313,50	313,50
EFAF001	4	0	94,05	94,05
EFAF002	1	0	313,50	313,50
EFCA001	1	0	177,96	138,33
EFCA001	4	0	78,08	78,08
EFCA002	1	0	80,12	64,02
EFFA001	1	0	117,69	103,37
EFFA001	4	0	71,85	71,85
EFFA002	1	0	536,71	530,74
EFFA002	4	0	336,66	336,66
EFJF001	1	0	209,00	209,00
EFJF001	4	0	94,05	94,05
EFLF001	1	0	313,50	313,50
EFLF001	4	0	94,05	94,05
EFNF001	1	0	313,50	313,50
EFNF001	4	0	94,05	94,05
EFPF001	1	0	313,50	313,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EFPF001	4	0	94,05	94,05
EFPF002	1	0	313,50	313,50
EFQH001	1	0	57,60	57,60
EFQH002	1	0	57,60	57,60
EFQH003	1	0	129,60	129,60
EFQH004	1	0	86,40	86,40
EFQH005	1	0	115,20	115,20
EFQH006	1	0	57,60	57,60
EFQH007	1	0	57,60	57,60
EFQM001	1	0	69,93	69,93
EFSA001	1	0	83,60	83,60
EGAF001	1	0	366,11	355,30
EGAF002	1	0	313,50	313,50
EGAF002	4	0	94,05	94,05
EGAF003	1	0	313,50	313,50
EGAF004	1	0	355,30	355,30
EGCA002	1	0	505,52	363,42
EGCA002	4	0	286,21	286,21
EGCA003	1	0	573,58	552,13
EGCA003	4	0	232,92	232,92
EGCA004	1	0	313,50	313,50
EGCA004	4	0	147,22	147,22
EGED001	1	0	194,27	157,55
EGED001	4	0	76,16	76,16
EGFA001	1	0	229,72	188,10
EGFA001	4	0	96,59	96,59
EGFA002	1	0	219,08	192,90
EGFA002	4	0	86,40	86,40
EGFA003	1	0	190,01	154,10
EGFA003	4	0	66,35	66,35
EGFA004	1	0	273,67	246,51
EGFA004	4	0	89,73	89,73
EGFA005	1	0	62,70	62,70
EGFA006	1	0	736,65	558,93
EGFA006	4	0	146,30	146,30
EGFA007	1	0	62,70	62,70
EGFA008	1	0	240,35	209,63
EGFA008	4	0	115,66	115,66
EGFA009	1	0	648,74	446,49
EGFA009	4	0	90,83	90,83

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EGFA010	1	0	167,20	167,20
EGFA010	4	0	101,83	101,83
EGFC001	1	0	196,00	196,00
EGFC001	4	0	114,47	114,47
EGHF001	1	0	96,00	96,00
EGHF002	1	0	192,00	192,00
EGHF003	1	0	240,00	240,00
EGJA001	1	0	62,70	62,70
EGJF001	1	0	549,17	209,00
EGJF001	4	0	94,05	94,05
EGJF002	1	0	209,00	209,00
EGJF002	4	0	94,05	94,05
EGLF002	1	0	24,45	18,21
EGNF001	1	0	209,00	209,00
EGNF001	4	0	94,05	94,05
EGNF002	1	0	209,00	209,00
EGNF002	4	0	94,05	94,05
EGNP001	1	0	52,42	52,42
EGPA001	1	0	623,92	432,10
EGPA001	4	0	80,64	80,64
EGPF001	1	0	313,50	313,50
EGSA001	1	0	167,20	167,20
EGSA001	4	0	87,17	87,17
EGSA002	1	0	167,20	167,20
EGSA002	4	0	86,43	86,43
EGSF001	1	0	209,00	209,00
EGSF001	4	0	94,05	94,05
EGSF002	1	0	209,00	209,00
EGSF002	4	0	94,05	94,05
EGSF003	1	0	209,00	209,00
EGSF003	4	0	94,05	94,05
EGSP001	1	0	27,38	23,95
EHAA001	1	0	522,50	522,50
EHAA001	4	0	311,00	311,00
EHAF001	1	0	355,30	355,30
EHAF002	1	0	450,91	355,30
EHAF003	1	0	355,30	355,30
EHAF004	1	0	355,30	355,30
EHBD001	1	0	37,02	37,02
EHCA001	1	0	807,91	807,91

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EHCA001	4	0	546,66	546,66
EHCA002	1	0	904,54	904,54
EHCA002	4	0	585,15	585,15
EHCA003	1	0	816,06	692,76
EHCA003	4	0	468,95	468,95
EHCA004	1	0	791,46	791,46
EHCA004	4	0	499,37	499,37
EHCA005	1	0	1 052,16	829,70
EHCA005	4	0	504,51	504,51
EHCA006	1	0	924,54	755,68
EHCA006	4	0	526,50	526,50
EHCA007	1	0	948,64	813,55
EHCA007	4	0	522,73	522,73
EHCA008	1	0	505,52	363,42
EHCA008	4	0	324,69	324,69
EHCA009	1	0	741,70	741,70
EHCA009	4	0	422,03	422,03
EHCA010	1	0	841,62	841,62
EHCA010	4	0	560,59	560,59
EHCF002	1	0	522,50	522,50
EHCF002	4	0	188,10	188,10
EHFA001	1	0	694,11	534,25
EHFA001	4	0	308,83	308,83
EHHF001	1	0	288,00	288,00
EHHF002	1	0	288,00	288,00
EHLA001	1	0	397,10	397,10
EHLA001	4	0	177,78	177,78
EHNE001	1	0	116,33	116,33
EHNE001	4	0	70,72	70,72
EHNE002	1	0	132,78	132,78
EHNE002	4	0	77,74	77,74
EHNF001	1	0	209,00	209,00
EHNF001	4	0	94,05	94,05
EHPF001	1	0	386,30	209,00
EHPF001	4	0	94,05	94,05
EHQH001	1	0	192,00	192,00
EHSF001	1	0	209,00	209,00
EHSF001	4	0	94,05	94,05
EJBA001	1	0	405,55	366,89
EJBA001	4	0	146,30	146,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EJCA001	1	0	264,46	179,72
EJCA001	4	0	91,64	91,64
EJCA002	1	0	366,55	344,27
EJCA002	4	0	172,88	172,88
EJCA003	1	0	418,00	418,00
EJCA003	4	0	190,81	190,81
EJEA001	1	0	364,43	343,04
EJEA001	4	0	146,30	146,30
EJFA002	1	0	143,22	122,57
EJFA002	4	0	71,48	71,48
EJFA004	1	0	107,06	88,43
EJFA004	4	0	71,48	71,48
EJFA006	1	0	285,73	235,06
EJFA006	4	0	76,97	76,97
EJFA007	1	0	101,39	85,14
EJFA007	4	0	61,59	61,59
EJFA008	1	0	94,05	94,05
EJFA009	1	0	94,05	94,05
EJFB001	1	0	70,10	66,99
EJGA001	1	0	167,20	167,20
EJGA001	4	0	74,77	74,77
EJGA002	1	0	167,20	167,20
EJGA002	4	0	69,27	69,27
EJGA003	1	0	213,41	194,00
EJGA003	4	0	78,81	78,81
EJNF001	1	0	209,00	209,00
EJNF001	4	0	94,05	94,05
EJNF002	1	0	18,93	18,93
EJNJ001	1	0	37,46	37,46
EJQH001	1	0	57,60	57,60
EJQH002	1	0	86,40	86,40
EJQH003	1	0	57,60	57,60
EJQH004	1	0	86,40	86,40
EJQH005	1	0	57,60	57,60
EJQH006	1	0	57,60	57,60
EJQM001	1	0	75,60	75,60
EJQM003	1	0	75,60	75,60
EJQM004	1	0	75,60	75,60
EJQP001	1	0	23,13	19,87
EJSA001	1	0	185,05	133,67

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EJSA001	4	0	75,14	75,14
EJSA003	1	0	138,96	106,94
EJSA003	4	0	69,28	69,28
EJSF008	1	0	147,21	107,88
EJSF032	1	0	191,43	138,71
EKLA001	1	0	167,20	167,20
EKLA001	4	0	73,15	73,15
EKQH001	1	0	25,27	25,27
EKQH002	1	0	115,20	115,20
EKQJ001	1	0	69,00	69,00
EKSA001	1	0	505,52	459,98
EKSA001	4	0	175,10	175,10
EKSA002	1	0	204,90	189,07
EKSA002	4	0	70,75	70,75
ELCA003	1	0	309,84	309,84
ELCA003	4	0	129,76	129,76
ELCA004	1	0	452,34	350,14
ELCA004	4	0	150,66	150,66
ELGA001	1	0	174,41	171,38
ELGA001	4	0	110,26	110,26
ELQH001	1	0	25,27	25,27
ELQH002	1	0	25,27	25,27
ELQJ001	1	0	69,00	69,00
ELQJ002	1	0	69,93	69,93
ELQJ003	1	0	69,00	69,00
ELQM001	1	0	69,93	69,93
ELQM002	1	0	69,93	69,93
ELSA001	1	0	198,52	185,37
ELSA001	4	0	115,02	115,02
ELSA002	1	0	249,81	215,11
ELSA002	4	0	192,50	192,50
ELSC001	1	0	199,23	197,88
ELSC001	4	0	129,50	129,50
ELSF001	1	0	464,37	355,30
ELSF001	4	0	94,05	94,05
EMLA001	1	0	167,20	167,20
EMLA001	4	0	73,15	73,15
EMMA001	1	0	131,87	104,50
EMMA001	4	0	28,80	28,80
EMNH001	1	0	348,77	104,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EMPA001	1	0	267,29	194,53
EMPA001	4	0	114,55	114,55
EMQH001	1	0	25,27	25,27
EMQJ001	1	0	69,00	69,00
EMSA001	1	0	479,28	444,77
EMSA001	4	0	175,10	175,10
EMSA002	1	0	252,40	216,62
EMSA002	4	0	71,48	71,48
ENAF001	1	0	313,50	313,50
ENAF002	1	0	313,50	313,50
ENAF002	4	0	94,05	94,05
ENCA001	1	0	419,02	374,70
ENCA001	4	0	250,23	250,23
ENFA001	1	0	418,00	418,00
ENFA001	4	0	212,43	212,43
ENFA004	1	0	577,84	510,71
ENFA004	4	0	232,96	232,96
ENFA005	1	0	557,27	498,78
ENFA005	4	0	241,02	241,02
ENFA006	1	0	243,90	229,24
ENFA006	4	0	138,84	138,84
ENFA007	1	0	836,00	836,00
ENFA007	4	0	447,32	447,32
ENFF001	1	0	313,50	313,50
ENFF001	4	0	94,05	94,05
ENNF001	1	0	313,50	313,50
ENNF001	4	0	94,05	94,05
ENNH001	1	0	394,79	104,50
ENNH002	1	0	104,64	104,50
ENQX011	1	0	28,00	28,00
ENSF001	1	0	104,50	104,50
ENSF001	4	0	94,30	94,30
ENSF002	1	0	522,50	522,50
ENSF002	4	0	229,90	229,90
ENSF003	1	0	522,50	522,50
ENSF003	4	0	229,90	229,90
EPCA001	1	0	292,60	292,60
EPCA001	4	0	137,46	137,46
EPCA002	1	0	367,97	345,10
EPCA002	4	0	190,47	190,47

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EPFA001	1	0	709,00	482,32
EPFA001	4	0	131,96	131,96
EPFA004	1	0	505,52	328,31
EPFA004	4	0	118,03	118,03
EPFA005	1	0	75,86	57,17
EPJB015	1	0	23,51	23,51
EPLA002	1	0	146,76	120,23
EPLB002	1	0	106,86	98,27
EPLF002	1	0	63,20	60,85
EPLF003	1	0	89,55	76,13
EPLF004	1	0	167,20	167,20
EPLF005	1	0	61,59	61,59
EPMA001	1	0	967,96	967,96
EPMA001	4	0	522,50	522,50
EPMA001	5	0	313,50	313,50
EPMA002	1	0	1 011,84	1 011,84
EPMA002	4	0	522,50	522,50
EPMA002	5	0	313,50	313,50
EPPF001	1	0	209,00	209,00
EPPF001	4	0	94,05	94,05
EPPF003	1	0	209,00	209,00
EPPF003	4	0	94,05	94,05
EPPP002	1	0	19,20	19,20
EPPP003	1	0	20,90	20,90
EPQL001	1	0	268,87	268,87
EQBP001	1	0	14,02	12,17
EQGA001	1	0	236,81	163,68
EQGA002	1	0	394,91	316,83
EQGA002	4	0	248,80	248,80
EQLA001	1	0	394,91	360,72
EQLA001	4	0	248,80	248,80
EQLF004	1	0	94,80	71,11
EQQF001	1	0	240,00	240,00
EQQF001	4	0	94,05	94,05
EQQF002	1	0	144,00	144,00
EQQF003	1	0	240,00	240,00
EQQF004	1	0	240,00	240,00
EQQF004	4	0	94,05	94,05
EQQF006	1	0	96,00	96,00
EQQF007	1	0	32,25	21,93

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EQQH001	1	0	96,00	96,00
EQQH002	1	0	144,00	144,00
EQQH004	1	0	240,00	240,00
EQQH004	4	0	94,05	94,05
EQQH005	1	0	288,00	288,00
EQQH005	4	0	104,50	104,50
EQQH006	1	0	240,00	240,00
EQQH006	4	0	94,05	94,05
EQQM003	1	0	18,93	15,01
EQQM005	1	0	104,54	92,39
EQQM006	1	0	21,12	21,12
EQQP002	1	0	28,80	28,80
EQQP003	1	0	28,80	28,80
EQQP005	1	0	25,24	19,48
EQRP001	1	0	28,80	28,80
EQRP002	1	0	106,55	94,06
EQRP008	1	0	62,09	50,91
EZAF001	1	0	209,00	209,00
EZAF001	4	0	94,05	94,05
EZAF002	1	0	209,00	209,00
EZAF002	4	0	94,05	94,05
EZBA001	1	0	277,22	248,56
EZBA002	1	0	209,00	209,00
EZBA003	1	0	209,00	209,00
EZCA002	1	0	375,77	349,62
EZCA002	4	0	146,30	146,30
EZCA003	1	0	313,50	313,50
EZCA003	4	0	153,13	153,13
EZCA004	1	0	313,50	313,50
EZCA004	4	0	109,88	109,88
EZFA001	1	0	253,11	217,03
EZFA002	1	0	179,38	143,54
EZFA003	1	0	377,19	350,44
EZFA003	4	0	146,30	146,30
EZFA004	1	0	709,00	511,81
EZFA004	4	0	141,39	141,39
EZGF001	1	0	209,00	209,00
EZGF001	4	0	94,93	94,93
EZJF001	1	0	209,00	209,00
EZJF001	4	0	94,05	94,05

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
EZJF002	1	0	313,50	313,50
EZJF002	4	0	118,05	118,05
EZMA001	1	0	220,50	215,66
EZMA001	4	0	120,59	120,59
EZMA002	1	0	579,25	458,86
EZMA002	4	0	157,83	157,83
EZMA003	1	0	292,60	292,60
EZMA003	4	0	135,63	135,63
EZMA004	1	0	536,71	442,96
EZMA004	4	0	168,16	168,16
EZMH001	1	0	21,28	21,28
EZNF001	1	0	209,00	209,00
EZNF001	4	0	94,05	94,05
EZNF002	1	0	209,00	209,00
EZNF002	4	0	94,05	94,05
EZNF004	1	0	209,00	209,00
EZNH001	1	0	104,50	104,50
EZNH002	1	0	231,30	104,50
EZPA001	1	0	418,00	418,00
EZPA001	4	0	176,31	176,31
EZPF003	1	0	209,00	209,00
EZPF003	4	0	94,05	94,05
EZPF004	1	0	209,00	209,00
EZPF004	4	0	94,05	94,05
EZPP002	1	0	209,00	209,00
EZQA001	1	0	95,01	90,21
EZQA001	4	0	67,26	67,26
EZQH002	1	0	57,60	57,60
EZQH003	1	0	57,60	57,60
EZQL001	1	0	268,87	268,87
EZQL002	1	0	268,87	268,87
EZQM001	1	0	69,93	69,93
EZQM002	1	0	39,45	39,45
EZSA001	1	0	164,49	121,74
EZSA001	4	0	79,18	79,18
EZSA002	1	0	228,30	180,69
EZSA002	4	0	126,03	126,03
EZSA003	1	0	397,10	397,10
EZSA003	4	0	178,74	178,74
EZSA004	1	0	246,73	169,44
EZSA004	4	0	136,72	136,72
EZSA005	1	0	522,50	522,50
EZSA005	4	0	229,90	229,90
EZSM001	1	0	9,60	9,60
FAFA001	1	0	78,50	78,50
FAFA001	4	0	87,08	87,08
FAFA002	1	0	86,40	86,40
FAFA002	4	0	94,05	94,05
FAFA005	1	0	112,40	112,40
FAFA005	4	0	124,08	124,08
FAFA006	1	0	112,40	112,40
FAFA006	4	0	110,34	110,34
FAFA007	1	0	65,45	64,30
FAFA007	4	0	63,41	63,41
FAFA008	1	0	44,66	43,46
FAFA008	4	0	58,67	58,67
FAFA010	1	0	120,89	117,32
FAFA010	4	0	134,34	134,34
FAFA013	1	0	64,68	59,10
FAFA013	4	0	84,88	84,88
FAFA014	1	0	88,55	86,47
FAFA014	4	0	89,46	89,46
FAFA015	1	0	91,63	88,26
FAFA015	4	0	98,23	98,23
FAND001	1	0	46,97	31,27
FAQX004	1	0	64,20	64,20
FASD001	1	0	70,07	58,20
FASD001	4	0	106,67	106,67
FBFA001	1	0	365,14	343,45
FBFA001	4	0	254,96	254,96
FBFA003	1	0	409,09	368,95
FBFA003	4	0	310,30	310,30
FBQX004	1	0	116,48	116,48
FCBP001	1	0	28,80	28,80
FCBP002	1	0	28,80	28,80
FCCA001	1	0	505,52	380,98
FCCA001	4	0	132,99	132,99
FCFA001	1	0	425,04	316,75
FCFA001	4	0	117,30	117,30
FCFA002	1	0	209,00	209,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
FCFA002	4	0	104,50	104,50
FCFA003	1	0	560,56	395,35
FCFA003	4	0	148,09	148,09
FCFA004	1	0	327,56	321,65
FCFA004	4	0	225,17	225,17
FCFA005	1	0	468,93	416,46
FCFA005	4	0	205,59	205,59
FCFA006	1	0	248,15	231,71
FCFA006	4	0	125,40	125,40
FCFA007	1	0	505,52	380,98
FCFA007	4	0	132,99	132,99
FCFA008	1	0	340,34	315,54
FCFA008	4	0	176,79	176,79
FCFA009	1	0	811,58	615,19
FCFA009	4	0	213,55	213,55
FCFA010	1	0	368,68	345,51
FCFA010	4	0	143,94	143,94
FCFA011	1	0	191,43	163,70
FCFA011	4	0	84,67	84,67
FCFA012	1	0	106,26	79,19
FCFA013	1	0	644,49	544,61
FCFA013	4	0	249,94	249,94
FCFA014	1	0	830,06	586,78
FCFA014	4	0	198,21	198,21
FCFA015	1	0	642,18	442,69
FCFA015	4	0	148,09	148,09
FCFA016	1	0	220,99	180,84
FCFA016	4	0	97,87	97,87
FCFA018	1	0	97,84	74,30
FCFA018	4	0	62,68	62,68
FCFA019	1	0	283,60	252,27
FCFA019	4	0	121,23	121,23
FCFA020	1	0	343,42	286,97
FCFA020	4	0	132,60	132,60
FCFA021	1	0	106,26	79,19
FCFA022	1	0	459,43	442,03
FCFA022	4	0	177,65	177,65
FCFA023	1	0	1 094,94	740,41
FCFA023	4	0	272,26	272,26
FCFA024	1	0	314,09	217,28
FCFA025	1	0	558,25	468,27
FCFA025	4	0	205,59	205,59
FCFA026	1	0	539,00	382,84
FCFA026	4	0	133,06	133,06
FCFA027	1	0	593,67	462,48
FCFA027	4	0	176,79	176,79
FCFA028	1	0	106,26	79,19
FCFA029	1	0	209,16	173,98
FCFA029	4	0	57,60	57,60
FCFC001	1	0	319,05	272,83
FCFC001	4	0	125,27	125,27
FCFC002	1	0	277,93	248,98
FCFC002	4	0	149,46	149,46
FCFC003	1	0	272,97	258,19
FCFC003	4	0	128,50	128,50
FCFC004	1	0	623,21	537,02
FCFC004	4	0	183,85	183,85
FCFC005	1	0	382,86	353,73
FCFC005	4	0	150,90	150,90
FCHB001	1	0	5,76	5,76
FCNB001	1	0	104,93	76,99
FCNH001	1	0	73,32	38,40
FCPA001	1	0	169,45	168,50
FCPA001	4	0	82,47	82,47
FCQH001	1	0	133,00	133,00
FCQH002	1	0	133,00	133,00
FCQL001	1	0	268,87	268,87
FCQX004	1	0	55,30	55,30
FCQX005	1	0	42,59	42,59
FCQX006	1	0	38,14	38,14
FCQX007	1	0	75,64	75,64
FCQX008	1	0	57,21	57,21
FCQX010	1	0	66,11	66,11
FCQX011	1	0	124,58	124,58
FCQX012	1	0	102,34	102,34
FCQX028	1	0	71,00	71,00
FCSA001	1	0	409,09	368,95
FCSA001	4	0	276,21	276,21
FCSA002	1	0	257,37	193,17
FCSA002	4	0	114,00	114,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
FCSC001	1	0	313,50	313,50
FCSC001	4	0	224,89	224,89
FDHB001	1	0	9,60	9,60
FDHB002	1	0	62,70	62,70
FDHB003	1	0	14,40	14,40
FDHB003	4	0	58,28	58,28
FDHB004	1	0	67,50	67,50
FDHB005	1	0	14,40	14,40
FDHB005	4	0	54,98	54,98
FDHB006	1	0	9,60	9,60
FDQL001	1	0	180,44	180,44
FDQX007	1	0	71,00	71,00
FEFF001	1	0	50,59	50,59
FEHB001	1	0	9,60	9,60
FEJF001	1	0	221,20	136,36
FEJF002	1	0	189,60	174,48
FEJF003	1	0	25,28	18,69
FEJF004	1	0	153,60	153,60
FEJF005	1	0	189,60	118,03
FEJF006	1	0	55,62	42,33
FEJF007	1	0	136,36	136,36
FEJF008	1	0	60,30	60,30
FEJF009	1	0	52,46	44,53
FELF002	1	0	55,62	40,32
FELF005	1	0	153,60	153,60
FELF006	1	0	46,14	34,82
FELF007	1	0	55,62	40,32
FELF008	1	0	61,22	61,22
FELF011	1	0	46,14	34,82
FELF012	1	0	203,50	182,55
FENL001	1	0	74,33	74,33
FEPF001	1	0	50,59	50,59
FEPF002	1	0	73,31	50,59
FEPF003	1	0	86,58	62,32
FEPF004	1	0	118,03	118,03
FEPF005	1	0	64,46	48,68
FEQL001	1	0	123,80	123,80
FEQL002	1	0	123,80	123,80
FEQL003	1	0	270,66	270,66
FEQL004	1	0	268,87	268,87
FEQL005	1	0	123,80	123,80
FEQL006	1	0	53,06	53,06
FEQL007	1	0	56,65	56,65
FFFA001	1	0	305,58	277,82
FFFA001	4	0	187,91	187,91
FFFA002	1	0	350,96	304,14
FFFA002	4	0	202,57	202,57
FFFC001	1	0	484,25	393,55
FFFC001	4	0	229,51	229,51
FFJA001	1	0	259,49	251,09
FFJA001	4	0	182,04	182,04
FFJC001	1	0	272,97	271,00
FFJC001	4	0	192,12	192,12
FFQL001	1	0	162,76	162,76
FFQX005	1	0	69,92	69,92
FFSA001	1	0	399,17	332,10
FFSA001	4	0	283,95	283,95
FGLB001	1	0	12,34	12,34
FGLB002	1	0	85,15	53,02
FGLB004	1	0	112,91	67,91
FGRB001	1	0	45,04	38,22
FGRB002	1	0	37,02	33,57
FGRB003	1	0	28,80	28,80
FGRB004	1	0	37,02	33,57
FGRB005	1	0	33,94	31,77
FGRB006	1	0	28,80	28,80
FGRB007	1	0	59,85	46,81
FGRD002	1	0	42,57	36,79
FGRD003	1	0	59,23	46,45
FGRD004	1	0	33,94	31,77
FGRP003	1	0	37,64	29,89
FGRP005	1	0	45,04	38,22
FGRP006	1	0	33,94	31,77
FGRP007	1	0	30,85	25,95
FGRP009	1	0	28,80	28,80
FGRP010	1	0	31,57	26,37
GABD001	1	0	56,21	40,66
GABD002	1	0	27,72	24,14
GAEA001	1	0	133,29	103,65
GAEA001	4	0	79,36	79,36

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GAEA002	1	0	475,03	380,86
GAEA002	4	0	137,37	137,37
GAFA001	1	0	102,81	85,96
GAFA002	1	0	125,40	125,40
GAFA002	4	0	65,25	65,25
GAFA003	1	0	102,81	85,96
GAFA004	1	0	190,01	162,87
GAFA004	4	0	95,30	95,30
GAFA005	1	0	125,40	125,40
GAFA005	4	0	66,71	66,71
GAFA006	1	0	408,87	324,93
GAFA006	4	0	138,56	138,56
GAFA007	1	0	49,13	40,59
GAFA008	1	0	190,01	162,87
GAFA008	4	0	95,30	95,30
GAFA009	1	0	167,20	167,20
GAFA009	4	0	76,97	76,97
GAFA010	1	0	220,16	220,16
GAFA010	2	0	220,16	220,16
GAFA010	4	0	266,49	266,49
GAFA011	1	0	177,25	173,03
GAFA011	4	0	116,57	116,57
GAFD001	1	0	197,89	132,33
GAFD002	1	0	64,68	49,61
GAGD002	1	0	35,42	24,58
GAHA001	1	0	30,40	25,70
GAJA001	1	0	53,13	39,60
GAJA001	4	0	69,65	69,65
GAJA002	1	0	53,88	37,83
GALD002	1	0	91,63	79,48
GALP002	1	0	268,80	268,80
GAMA001	1	0	225,46	218,55
GAMA001	4	0	77,71	77,71
GAMA002	1	0	342,45	330,29
GAMA002	4	0	132,69	132,69
GAMA003	1	0	257,37	254,61
GAMA003	4	0	109,14	109,14
GAMA004	1	0	282,89	251,85
GAMA004	4	0	87,60	87,60
GAMA005	1	0	415,03	310,94

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GAMA005	4	0	101,17	101,17
GAMA006	1	0	599,81	479,56
GAMA006	4	0	137,83	137,83
GAMA007	1	0	175,56	154,49
GAMA007	4	0	74,78	74,78
GAMA008	1	0	209,00	209,00
GAMA008	4	0	76,61	76,61
GAMA009	1	0	284,13	261,36
GAMA009	4	0	92,18	92,18
GAMA010	1	0	365,14	317,11
GAMA010	4	0	118,30	118,30
GAMA011	1	0	560,56	430,46
GAMA011	4	0	133,70	133,70
GAMA012	1	0	210,57	202,45
GAMA012	4	0	107,77	107,77
GAMA013	1	0	322,60	292,44
GAMA013	4	0	123,06	123,06
GAMA014	1	0	514,03	429,80
GAMA014	4	0	130,50	130,50
GAMA015	1	0	181,72	175,62
GAMA015	4	0	72,21	72,21
GAMA016	1	0	347,41	306,83
GAMA016	4	0	119,04	119,04
GAMA017	1	0	253,33	217,15
GAMA017	4	0	83,96	83,96
GAMA018	1	0	191,24	191,24
GAMA018	4	0	98,60	98,60
GAMA019	1	0	218,59	218,59
GAMA019	4	0	119,47	119,47
GAMA020	1	0	282,89	251,85
GAMA020	4	0	87,60	87,60
GAMA021	1	0	684,89	542,73
GAMA021	4	0	174,20	174,20
GAMA022	1	0	143,93	136,14
GAMA022	4	0	64,52	64,52
GAMA023	1	0	479,56	479,56
GAMA023	4	0	120,23	120,23
GAMA024	1	0	257,37	237,05
GAMA024	4	0	104,50	104,50
GAMA025	1	0	209,86	191,95

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GAMA025	4	0	74,77	74,77
GAMA026	1	0	248,15	214,15
GAMA026	4	0	82,10	82,10
GAME001	1	0	77,00	61,12
GAME002	1	0	206,36	203,08
GAND001	1	0	34,65	28,16
GAQD001	1	0	46,97	39,34
GAQD002	1	0	38,50	34,43
GAQD004	1	0	30,80	29,96
GAQD005	1	0	37,73	33,98
GAQD006	1	0	42,35	36,66
GAQD007	1	0	28,80	28,80
GAQE001	1	0	30,80	30,46
GASA001	1	0	66,22	64,74
GASA001	4	0	72,00	72,00
GASE001	1	0	26,18	23,25
GASE002	1	0	94,71	63,00
GBBA001	1	0	104,50	104,50
GBBA001	2	0	104,50	104,50
GBBA001	4	0	83,60	83,60
GBCA001	1	0	331,87	280,27
GBCA001	4	0	164,15	164,15
GBFA001	1	0	235,62	206,89
GBFA001	4	0	105,57	105,57
GBFA002	1	0	270,74	270,74
GBFA002	4	0	112,53	112,53
GBFA003	1	0	284,90	235,47
GBFA003	4	0	153,23	153,23
GBFA004	1	0	759,22	598,36
GBFA004	4	0	228,58	228,58
GBFA005	1	0	508,97	453,20
GBFA005	4	0	200,72	200,72
GBFA006	1	0	648,34	445,19
GBFA006	2	0	572,07	572,07
GBFA006	4	0	281,73	281,73
GBFA007	1	0	246,40	195,58
GBFA007	4	0	101,17	101,17
GBFA008	1	0	487,41	361,70
GBFA008	4	0	146,44	146,44
GBGD001	1	0	53,13	42,91
GBGD001	4	0	48,00	48,00
GBJA001	1	0	235,62	206,89
GBJA001	4	0	126,09	126,09
GBJA002	1	0	167,20	167,20
GBJA002	4	0	87,97	87,97
GBJB001	1	0	72,38	54,08
GBJD001	1	0	36,19	25,02
GBJD002	1	0	57,60	57,60
GBJE001	1	0	161,70	105,89
GBJE002	1	0	159,39	145,12
GBJE002	4	0	87,24	87,24
GBPA001	1	0	287,21	271,92
GBPA001	4	0	118,76	118,76
GBPA002	1	0	167,20	167,20
GBPA002	4	0	86,14	86,14
GBPA003	1	0	560,56	430,46
GBPA003	4	0	186,95	186,95
GBPA004	1	0	167,20	167,20
GBPA004	4	0	80,64	80,64
GBPE001	1	0	167,20	167,20
GBPE002	1	0	232,54	205,10
GBPE003	1	0	250,80	250,80
GBPE003	4	0	86,40	86,40
GBQA002	1	0	57,75	57,69
GBQD001	1	0	61,60	47,82
GBQE001	1	0	92,40	81,82
GBQE002	1	0	77,77	73,33
GBQM001	1	0	34,97	34,97
GCCD001	1	0	110,88	90,65
GCCD001	4	0	81,40	81,40
GCFA001	1	0	759,58	759,58
GCFA001	4	0	366,40	366,40
GCFA002	1	0	759,58	759,58
GCFA002	4	0	366,40	366,40
GCFA003	1	0	248,71	214,48
GCFA003	4	0	154,94	154,94
GCFA004	1	0	850,85	651,49
GCFA004	4	0	355,05	355,05
GCFA005	1	0	248,71	214,48
GCFA005	4	0	154,94	154,94

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GCFA006	1	0	1 037,19	759,58
GCFA006	4	0	366,40	366,40
GCFA007	1	0	850,85	651,49
GCFA007	4	0	355,05	355,05
GCFD001	1	0	135,52	96,16
GCFD002	1	0	135,52	96,16
GCMA001	1	0	313,50	313,50
GCMA001	4	0	133,08	133,08
GCME001	1	0	313,50	313,50
GCME001	4	0	184,76	184,76
GCME002	1	0	209,00	209,00
GCME002	4	0	133,08	133,08
GCME003	1	0	305,00	305,00
GCME003	4	0	184,76	184,76
GCME004	1	0	209,00	209,00
GCME004	4	0	133,08	133,08
GCQE001	1	0	28,80	28,80
GCQE002	1	0	42,35	36,66
GCQE002	4	0	65,98	65,98
GCQE003	1	0	33,11	31,30
GCQX004	1	0	68,20	68,20
GCQX005	1	0	66,45	66,45
GDCA001	1	0	248,71	188,14
GDCA001	4	0	119,13	119,13
GDCA002	1	0	216,37	169,39
GDCA002	4	0	129,40	129,40
GDEA001	1	0	231,00	177,88
GDEA001	4	0	115,09	115,09
GDFA001	1	0	471,24	361,10
GDFA001	4	0	170,37	170,37
GDFA002	1	0	238,70	226,23
GDFA002	4	0	135,55	135,55
GDFA003	1	0	485,87	369,59
GDFA003	4	0	202,63	202,63
GDFA004	1	0	213,29	211,49
GDFA004	4	0	121,62	121,62
GDFA005	1	0	493,57	469,89
GDFA005	4	0	228,18	228,18
GDFA006	1	0	400,40	320,01
GDFA006	4	0	172,94	172,94

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GDFA007	1	0	321,86	274,46
GDFA007	4	0	162,67	162,67
GDFA008	1	0	555,94	506,06
GDFA008	4	0	255,65	255,65
GDFA009	1	0	592,13	527,05
GDFA009	4	0	259,69	259,69
GDFA010	1	0	271,04	227,43
GDFA010	4	0	137,09	137,09
GDFA011	1	0	592,13	527,05
GDFA011	4	0	259,69	259,69
GDFA012	1	0	595,98	529,28
GDFA012	4	0	260,79	260,79
GDFA013	1	0	535,15	398,17
GDFA013	4	0	186,87	186,87
GDFA014	1	0	522,83	486,85
GDFA014	4	0	239,16	239,16
GDFA015	1	0	226,38	219,09
GDFA015	4	0	132,62	132,62
GDFA016	1	0	522,83	391,02
GDFA016	4	0	180,27	180,27
GDFA017	1	0	560,56	508,75
GDFA017	4	0	228,18	228,18
GDFA018	1	0	565,95	511,86
GDFA018	4	0	241,73	241,73
GDFE001	1	0	167,20	167,20
GDFE001	4	0	130,13	130,13
GDFE002	1	0	110,88	108,21
GDFE002	4	0	107,04	107,04
GDFE003	1	0	141,68	126,07
GDFE003	4	0	115,09	115,09
GDFE004	1	0	109,34	107,31
GDFE004	4	0	109,24	109,24
GDFE005	1	0	110,88	88,50
GDFE005	4	0	106,67	106,67
GDFE006	1	0	166,32	140,36
GDFE006	4	0	120,96	120,96
GDFE007	1	0	141,68	126,07
GDFE007	4	0	115,09	115,09
GDFE008	1	0	149,38	110,84
GDFE008	4	0	116,57	116,57

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GDFE009	1	0	149,38	110,84
GDFE009	4	0	115,09	115,09
GDFE010	1	0	182,49	130,03
GDFE010	4	0	129,76	129,76
GDFE011	1	0	166,32	140,36
GDFE011	4	0	120,96	120,96
GDFE012	1	0	195,58	157,33
GDFE013	1	0	110,88	88,50
GDFE013	4	0	106,67	106,67
GDFE014	1	0	129,36	118,92
GDFE014	4	0	115,09	115,09
GDFE015	1	0	182,49	130,03
GDFE015	4	0	129,76	129,76
GDFE016	1	0	195,58	157,33
GDGE001	1	0	182,49	123,40
GDGE001	4	0	106,30	106,30
GDHE001	1	0	43,12	37,11
GDLB001	1	0	103,18	94,96
GDLE001	1	0	166,32	120,66
GDLE001	4	0	97,87	97,87
GDLE003	1	0	93,94	89,60
GDLE003	4	0	86,51	86,51
GDLE004	1	0	93,94	89,60
GDLE004	4	0	86,51	86,51
GDMA001	1	0	500,50	378,08
GDMA001	4	0	150,58	150,58
GDMA002	1	0	649,11	508,15
GDMA002	4	0	177,30	177,30
GDMA003	1	0	328,50	328,50
GDMA003	4	0	185,77	185,77
GDNE001	1	0	87,01	74,66
GDNE001	4	0	90,54	90,54
GDNE002	1	0	104,50	104,50
GDNE002	4	0	90,54	90,54
GDNE003	1	0	104,50	104,50
GDNE003	4	0	90,54	90,54
GDNE004	1	0	87,01	74,66
GDNE004	4	0	90,54	90,54
GDPE001	1	0	182,49	149,74
GDPE001	4	0	112,90	112,90

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GDPE002	1	0	100,10	82,26
GDPE002	4	0	113,26	113,26
GDPE003	1	0	116,27	91,63
GDPE003	4	0	113,26	113,26
GDQE001	1	0	83,93	76,90
GDQE001	4	0	84,68	84,68
GDQE002	1	0	38,50	34,43
GDQE003	1	0	28,80	28,80
GDQE004	1	0	44,66	44,61
GDQE005	1	0	73,92	67,07
GDQE005	4	0	86,51	86,51
GDQE007	1	0	92,17	77,65
GDQE007	4	0	105,57	105,57
GDQX004	1	0	70,27	70,27
GDQX005	1	0	119,57	119,57
GDQX008	1	0	108,23	108,23
GDSA001	1	0	318,78	255,12
GDSA001	4	0	141,87	141,87
GDSA002	1	0	491,63	491,63
GDSA002	4	0	208,92	208,92
GDSA003	1	0	711,62	711,62
GDSA003	4	0	660,80	660,80
GDSA004	1	0	498,48	498,48
GDSA004	4	0	472,47	472,47
GECA001	1	0	671,42	564,99
GECA001	4	0	400,76	400,76
GECA002	1	0	596,98	521,80
GECA002	4	0	301,10	301,10
GECA003	1	0	407,68	280,34
GECA003	4	0	141,49	141,49
GEFA001	1	0	1 027,34	862,86
GEFA001	4	0	443,95	443,95
GEFA002	1	0	771,39	648,58
GEFA002	4	0	444,74	444,74
GEFA003	1	0	822,98	822,98
GEFA003	4	0	439,56	439,56
GEFA004	1	0	1 005,36	828,17
GEFA004	4	0	490,53	490,53
GEFA005	1	0	968,85	968,85
GEFA005	4	0	451,61	451,61

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GEFA006	1	0	823,86	679,01
GEFA006	4	0	391,96	391,96
GEFA007	1	0	838,04	687,23
GEFA007	4	0	377,67	377,67
GEFA008	1	0	782,03	654,75
GEFA008	4	0	391,96	391,96
GEFA009	1	0	788,29	788,29
GEFA009	4	0	367,73	367,73
GEFA010	1	0	771,39	648,58
GEFA010	4	0	432,28	432,28
GEFA011	1	0	752,96	637,88
GEFA011	4	0	401,08	401,08
GEFA012	1	0	633,14	568,39
GEFA012	4	0	356,40	356,40
GEFA013	1	0	1 701,60	1 418,52
GEFA013	4	0	583,48	583,48
GEFA013	5	0	313,50	313,50
GEFE001	1	0	248,71	188,14
GEFE001	4	0	86,19	86,19
GEFE002	1	0	248,71	188,14
GEFE002	4	0	87,36	87,36
GEGA001	1	0	526,79	393,32
GEGA001	4	0	283,20	283,20
GEGE001	1	0	171,00	169,40
GEGE001	4	0	110,70	110,70
GEGE003	1	0	167,20	167,20
GEGE003	4	0	110,70	110,70
GEJD002	1	0	153,92	153,92
GEJD002	4	0	184,74	184,74
GEJE001	1	0	81,32	63,29
GEJE002	1	0	185,44	153,92
GEJE002	4	0	184,74	184,74
GEJE003	1	0	76,00	60,21
GELA001	1	0	295,65	211,80
GELA001	4	0	138,55	138,55
GELD002	1	0	19,20	19,20
GELD004	1	0	19,20	19,20
GELE002	1	0	117,80	114,69
GELE002	4	0	90,54	90,54
GELE003	1	0	148,20	126,28
GELE003	4	0	107,44	107,44
GELE005	1	0	110,40	110,40
GELE006	1	0	296,36	212,21
GELE006	4	0	138,55	138,55
GELE007	1	0	148,96	126,72
GELE007	4	0	107,40	107,40
GELE008	1	0	193,04	182,19
GELE008	4	0	124,63	124,63
GELE009	1	0	113,49	113,49
GELE009	4	0	116,53	116,53
GEMA001	1	0	192,14	155,33
GEMA001	4	0	123,89	123,89
GEMA002	1	0	478,98	478,98
GEMA002	4	0	344,31	344,31
GENE001	1	0	177,84	143,47
GENE001	4	0	101,17	101,17
GENE002	1	0	136,04	119,22
GENE002	4	0	96,04	96,04
GENE003	1	0	138,32	120,55
GENE003	4	0	96,04	96,04
GENE004	1	0	163,40	135,09
GENE004	4	0	97,14	97,14
GENE005	1	0	123,12	111,73
GENE006	1	0	158,84	132,45
GENE006	4	0	95,30	95,30
GENE008	1	0	138,32	120,55
GEPA004	1	0	142,45	126,51
GEQE001	1	0	121,60	102,78
GEQE001	4	0	75,14	75,14
GEQE002	1	0	104,88	101,15
GEQE003	1	0	120,08	109,97
GEQE004	1	0	110,40	110,40
GEQE005	1	0	126,16	105,43
GEQE005	4	0	75,14	75,14
GEQE006	1	0	110,96	104,68
GEQE007	1	0	96,00	96,00
GEQE008	1	0	112,48	89,43
GEQE008	4	0	75,14	75,14
GEQE009	1	0	110,40	110,40
GEQE010	1	0	110,20	104,24

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GEQE012	1	0	96,00	96,00
GEQE013	1	0	115,20	115,20
GEQE013	4	0	135,92	135,92
GEQH001	1	0	33,25	33,25
GEQH002	1	0	96,00	96,00
GEQH003	1	0	104,12	76,80
GEQH003	4	0	75,14	75,14
GEQL001	1	0	265,28	265,28
GEQX001	1	0	56,00	56,00
GEQX002	1	0	28,00	28,00
GESA002	1	0	153,23	132,76
GESA002	4	0	67,44	67,44
GESA003	1	0	622,50	562,22
GESA003	4	0	396,32	396,32
GFBA001	1	0	810,39	671,19
GFBA001	4	0	543,39	543,39
GFBA002	1	0	555,86	479,67
GFBA002	4	0	448,08	448,08
GFBA003	1	0	728,10	728,10
GFBA003	4	0	692,87	692,87
GFBA004	1	0	555,86	495,80
GFBA004	4	0	402,07	402,07
GFCA001	1	0	445,25	346,02
GFCA001	4	0	342,60	342,60
GFCC001	1	0	324,01	275,70
GFCC001	4	0	210,27	210,27
GFFA001	1	0	985,51	882,49
GFFA001	4	0	488,70	488,70
GFFA002	1	0	1 153,54	1 000,31
GFFA002	4	0	549,06	549,06
GFFA003	1	0	421,15	375,93
GFFA003	4	0	359,15	359,15
GFFA004	1	0	939,43	825,04
GFFA004	4	0	482,76	482,76
GFFA005	1	0	416,89	399,08
GFFA005	4	0	390,50	390,50
GFFA006	1	0	1 000,13	1 000,13
GFFA006	4	0	504,34	504,34
GFFA007	1	0	1 038,69	924,30
GFFA007	4	0	569,66	569,66

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GFFA008	1	0	1 042,23	915,39
GFFA008	4	0	538,90	538,90
GFFA009	1	0	838,75	686,22
GFFA009	4	0	367,25	367,25
GFFA010	1	0	918,16	821,48
GFFA010	4	0	495,70	495,70
GFFA011	1	0	1 066,34	885,48
GFFA011	4	0	516,85	516,85
GFFA012	1	0	874,91	680,86
GFFA012	4	0	385,95	385,95
GFFA013	1	0	743,03	614,57
GFFA013	4	0	378,44	378,44
GFFA014	1	0	556,57	480,09
GFFA014	4	0	370,74	370,74
GFFA015	1	0	1 004,92	1 004,92
GFFA015	4	0	510,35	510,35
GFFA016	1	0	1 032,30	953,52
GFFA016	4	0	536,97	536,97
GFFA017	1	0	374,48	374,48
GFFA017	4	0	319,05	319,05
GFFA018	1	0	827,40	663,51
GFFA018	4	0	427,92	427,92
GFFA019	1	0	996,15	761,38
GFFA019	4	0	361,21	361,21
GFFA021	1	0	486,37	465,71
GFFA021	4	0	412,52	412,52
GFFA022	1	0	944,39	869,62
GFFA022	4	0	534,47	534,47
GFFA023	1	0	1 040,10	883,44
GFFA023	4	0	496,36	496,36
GFFA024	1	0	776,36	607,57
GFFA024	4	0	402,62	402,62
GFFA025	1	0	962,11	846,97
GFFA025	4	0	455,04	455,04
GFFA026	1	0	1 004,65	862,87
GFFA026	4	0	504,02	504,02
GFFA027	1	0	824,57	767,20
GFFA027	4	0	456,10	456,10
GFFA028	1	0	1 052,87	965,44
GFFA028	4	0	628,24	628,24

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GFFA029	1	0	680,64	578,39
GFFA029	4	0	395,99	395,99
GFFA030	1	0	1 178,36	994,34
GFFA030	4	0	555,76	555,76
GFFA031	1	0	1 057,12	967,92
GFFA031	4	0	557,86	557,86
GFFA032	1	0	509,06	452,54
GFFA032	4	0	416,93	416,93
GFFA033	1	0	1 338,59	1 087,28
GFFA033	4	0	591,32	591,32
GFFA034	1	0	984,80	893,05
GFFA034	4	0	564,89	564,89
GFFA035	1	0	375,93	375,93
GFFA035	4	0	381,78	381,78
GFFC002	1	0	412,88	412,88
GFFC002	4	0	283,31	283,31
GFFC003	1	0	392,06	392,06
GFFC003	4	0	298,03	298,03
GFFC004	1	0	440,29	403,17
GFFC004	4	0	296,92	296,92
GFFC005	1	0	447,63	447,63
GFFC005	4	0	343,34	343,34
GFFC006	1	0	412,88	412,88
GFFC006	4	0	299,07	299,07
GFQJ002	1	0	37,80	37,80
GFQL001	1	0	265,28	265,28
GFQL002	1	0	534,15	534,15
GFQL004	1	0	176,85	176,85
GFQL005	1	0	268,87	268,87
GFQL006	1	0	357,29	357,29
GFQL007	1	0	180,44	180,44
GFQM001	1	0	37,05	37,05
GFQP001	1	0	64,60	59,24
GFQX004	1	0	116,35	116,35
GFQX005	1	0	142,24	142,24
GFQX006	1	0	68,45	68,45
GFQX007	1	0	159,06	159,06
GFQX008	1	0	132,60	132,60
GFQX009	1	0	99,72	99,72
GFQX010	1	0	96,64	96,64
GFQX020	1	0	60,00	60,00
GGCA001	1	0	393,50	316,00
GGCA001	4	0	208,48	208,48
GGFA001	1	0	411,22	355,22
GGFA001	4	0	251,99	251,99
GGFA003	1	0	436,04	353,49
GGFA003	4	0	281,82	281,82
GGHB001	1	0	37,24	31,28
GGHB002	1	0	79,04	57,94
GGJA001	1	0	354,50	293,40
GGJA001	4	0	255,76	255,76
GGJA002	1	0	209,00	209,00
GGJA002	4	0	104,50	104,50
GGJA003	1	0	294,94	258,85
GGJA003	4	0	242,53	242,53
GGJA004	1	0	221,21	216,08
GGJA004	4	0	146,49	146,49
GGJB001	1	0	83,60	64,62
GGJB002	1	0	47,88	37,45
GGJB005	1	0	86,64	66,38
GGJB006	1	0	40,28	33,04
GGJB007	1	0	34,20	29,51
GGJC001	1	0	254,53	235,41
GGJC001	4	0	176,22	176,22
GGJC002	1	0	254,53	235,41
GGJC002	4	0	178,38	178,38
GGLA001	1	0	141,80	126,14
GGLB002	1	0	41,04	33,48
GGLB006	1	0	73,72	58,89
GGLB009	1	0	128,44	92,05
GGLC001	1	0	173,71	135,86
GGLC001	4	0	149,46	149,46
GGNA001	1	0	265,88	254,80
GGNA001	4	0	261,56	261,56
GGNC001	1	0	289,27	284,50
GGNC001	4	0	200,79	200,79
GGPA001	1	0	738,07	585,36
GGPA001	4	0	321,98	321,98
GGPA002	1	0	453,76	350,96
GGPA002	4	0	212,10	212,10

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GGQX004	1	0	70,71	70,71
GHFA001	1	0	474,32	406,78
GHFA001	4	0	235,15	235,15
GHFA002	1	0	497,72	436,47
GHFA002	4	0	287,76	287,76
GHFA003	1	0	984,09	834,11
GHFA003	4	0	439,89	439,89
GHFA004	1	0	662,92	516,16
GHFA004	4	0	341,82	341,82
GHJA001	1	0	313,50	313,50
GHJA001	4	0	188,10	188,10
GHJA002	1	0	432,49	382,52
GHJA002	4	0	206,93	206,93
GHQA001	1	0	313,50	313,50
GHQA001	4	0	218,66	218,66
GHQC001	1	0	240,35	171,66
GHQC001	4	0	105,21	105,21
GKGD002	1	0	30,03	25,48
GKGE002	1	0	57,75	57,69
GKKD002	1	0	97,79	80,91
GKKE002	1	0	98,56	81,36
GKKE002	4	0	95,30	95,30
GKLD001	1	0	192,00	192,00
GKQE001	1	0	61,60	47,82
GKQP001	1	0	40,04	35,32
GKQP002	1	0	79,31	75,86
GKQP005	1	0	60,06	60,06
GKQP006	1	0	46,20	38,89
GKQP008	1	0	26,18	23,25
GKQP010	1	0	52,36	38,43
GKQP011	1	0	40,04	35,32
GKRP001	1	0	53,90	36,24
GLBP001	1	0	259,32	233,39
GLBP002	1	0	141,89	127,70
GLBP003	1	0	293,57	264,21
GLHF001	1	0	36,48	36,48
GLHF002	1	0	54,72	54,72
GLLD021	1	0	122,32	110,09
GLLP006	1	0	36,70	33,03
GLLP007	1	0	61,16	55,04

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
GLQD002	1	0	117,80	90,10
GLQD004	1	0	69,12	69,12
GLQD007	1	0	54,72	47,87
GLQF001	1	0	69,12	69,12
GLQL002	1	0	265,28	265,28
GLQP002	1	0	76,80	76,80
GLQP007	1	0	145,92	119,31
GLQP008	1	0	67,20	67,20
GLQP009	1	0	34,56	34,56
GLQP011	1	0	67,64	63,42
GLQP012	1	0	40,28	37,88
GLQP016	1	0	28,80	28,80
GLQP017	1	0	24,46	22,01
GLRP003	1	0	73,72	70,98
GLRP004	1	0	121,60	114,88
HAAA001	1	0	119,82	104,61
HAAA002	1	0	83,60	83,60
HAAA003	1	0	125,40	125,40
HABA001	1	0	308,42	249,10
HABA001	4	0	77,71	77,71
HACA001	1	0	159,53	145,19
HACA001	4	0	133,44	133,44
HACA002	1	0	253,11	234,59
HACA002	4	0	177,06	177,06
HADA001	1	0	154,00	141,99
HADA001	4	0	121,33	121,33
HADA002	1	0	173,25	153,15
HADA002	4	0	120,60	120,60
HAFA001	1	0	326,48	259,58
HAFA001	4	0	153,23	153,23
HAFA002	1	0	338,80	288,68
HAFA002	4	0	203,63	203,63
HAFA003	1	0	341,11	268,07
HAFA003	4	0	144,79	144,79
HAFA004	1	0	558,25	464,23
HAFA004	4	0	210,70	210,70
HAFA005	1	0	193,27	182,32
HAFA005	4	0	122,79	122,79
HAFA006	1	0	234,85	206,43
HAFA006	4	0	147,36	147,36

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HAFA007	1	0	193,27	182,32
HAFA007	4	0	122,79	122,79
HAFA008	1	0	60,97	47,46
HAFA009	1	0	174,41	171,38
HAFA009	4	0	81,01	81,01
HAFA011	1	0	37,58	33,89
HAFA011	4	0	74,05	74,05
HAFA012	1	0	472,78	344,44
HAFA012	4	0	204,54	204,54
HAFA013	1	0	212,52	193,49
HAFA013	4	0	137,83	137,83
HAFA014	1	0	136,13	131,62
HAFA014	4	0	81,38	81,38
HAFA015	1	0	41,12	37,01
HAFA016	1	0	736,89	690,73
HAFA016	4	0	389,01	389,01
HAFA017	1	0	586,74	480,76
HAFA017	4	0	230,86	230,86
HAFA019	1	0	167,20	167,20
HAFA019	4	0	106,67	106,67
HAFA020	1	0	92,17	75,40
HAFA020	4	0	70,38	70,38
HAFA021	1	0	125,40	125,40
HAFA021	4	0	95,30	95,30
HAFA022	1	0	125,40	125,40
HAFA022	4	0	127,57	127,57
HAFA023	1	0	116,27	111,32
HAFA023	4	0	101,17	101,17
HAFA024	1	0	475,09	367,72
HAFA024	4	0	193,36	193,36
HAFA026	1	0	475,09	367,72
HAFA026	4	0	204,72	204,72
HAFA027	1	0	391,16	297,10
HAFA027	4	0	190,98	190,98
HAFA028	1	0	54,59	49,22
HAFA029	1	0	529,76	377,48
HAFA029	4	0	223,60	223,60
HAFA030	1	0	167,20	167,20
HAFA030	4	0	84,31	84,31
HAFA031	1	0	125,40	125,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HAFA031	4	0	78,08	78,08
HAFA032	1	0	104,50	104,50
HAFA033	1	0	310,31	272,15
HAFA033	4	0	200,32	200,32
HAFA034	1	0	114,15	83,77
HAFA034	4	0	66,72	66,72
HAHA002	1	0	29,19	20,97
HAHD001	1	0	10,64	10,20
HAHD002	1	0	33,11	23,24
HAHD003	1	0	26,95	19,67
HAJA002	1	0	41,80	41,80
HAJA002	4	0	55,35	55,35
HAJA003	1	0	34,03	26,32
HAJA006	1	0	55,30	38,66
HAJA007	1	0	44,67	32,49
HAJA008	1	0	51,59	36,51
HAJA008	4	0	57,55	57,55
HAJA009	1	0	41,58	28,50
HAJA010	1	0	32,61	23,30
HAJD003	1	0	43,96	38,66
HAJD003	4	0	60,48	60,48
HAJD004	1	0	83,60	83,60
HAJD004	4	0	58,28	58,28
HALD001	1	0	153,60	153,60
HALD005	1	0	192,00	192,00
HAMA001	1	0	125,40	125,40
HAMA001	4	0	104,10	104,10
HAMA002	1	0	250,80	250,80
HAMA002	4	0	112,46	112,46
HAMA003	1	0	167,20	167,20
HAMA003	4	0	73,31	73,31
HAMA004	1	0	167,20	167,20
HAMA004	4	0	74,05	74,05
HAMA005	1	0	821,73	546,83
HAMA005	4	0	128,66	128,66
HAMA006	1	0	304,16	246,64
HAMA006	4	0	146,64	146,64
HAMA007	1	2	104,50	104,50
HAMA007	1	1	300,62	262,13
HAMA007	4	2	71,11	71,11

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HAMA007	4	1	92,74	92,74
HAMA008	1	0	167,20	167,20
HAMA008	4	0	68,55	68,55
HAMA010	1	0	250,80	250,80
HAMA010	4	0	97,80	97,80
HAMA011	1	0	374,35	322,46
HAMA011	4	0	83,60	83,60
HAMA012	1	0	213,41	150,11
HAMA012	4	0	84,31	84,31
HAMA014	1	0	455,89	369,75
HAMA014	4	0	112,46	112,46
HAMA015	1	0	409,80	307,91
HAMA015	4	0	79,54	79,54
HAMA016	1	0	192,85	182,07
HAMA016	4	0	81,75	81,75
HAMA017	1	0	309,71	309,71
HAMA017	4	0	196,09	196,09
HAMA018	1	0	317,63	289,56
HAMA018	4	0	100,72	100,72
HAMA020	1	0	338,90	301,90
HAMA020	4	0	101,09	101,09
HAMA021	1	0	281,47	268,59
HAMA021	4	0	94,13	94,13
HAMA023	1	0	272,26	263,24
HAMA023	4	0	93,76	93,76
HAMA024	1	0	334,65	299,43
HAMA024	4	0	125,40	125,40
HAMA025	1	0	410,51	378,55
HAMA025	4	0	146,30	146,30
HAMA026	1	0	175,56	154,49
HAMA026	4	0	133,79	133,79
HAMA027	1	0	175,12	171,79
HAMA027	4	0	73,68	73,68
HAMA028	1	0	104,50	104,50
HAMA028	4	0	73,68	73,68
HAMA029	1	0	192,85	182,07
HAMA029	4	0	86,88	86,88
HAMA030	1	0	167,20	167,20
HAMA030	4	0	82,10	82,10
HAND001	1	0	44,67	29,94

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HAND002	1	0	31,20	22,13
HAND003	1	0	104,50	104,50
HAND003	4	0	61,95	61,95
HAND004	1	0	31,33	22,20
HAND005	1	0	104,50	104,50
HAND005	4	0	61,95	61,95
HAND006	1	0	44,86	30,04
HAPA001	1	0	35,45	29,34
HAPA003	1	0	62,70	62,70
HAPA003	4	0	61,58	61,58
HAPA004	1	0	63,10	54,16
HAPD001	1	0	20,90	20,90
HAQX004	1	0	89,57	89,57
HAQX005	1	0	48,13	48,13
HAQX017	1	0	69,12	69,12
HASA001	1	0	418,31	347,96
HASA001	4	0	252,94	252,94
HASA002	1	0	238,70	199,89
HASA002	4	0	112,53	112,53
HASA003	1	0	275,66	221,33
HASA003	4	0	118,76	118,76
HASA004	1	0	529,34	529,34
HASA004	4	0	315,56	315,56
HASA005	1	0	234,84	234,84
HASA005	4	0	106,68	106,68
HASA006	1	0	465,10	375,10
HASA006	4	0	286,63	286,63
HASA007	1	0	535,30	459,70
HASA007	4	0	261,31	261,31
HASA008	1	0	433,91	330,67
HASA008	4	0	139,67	139,67
HASA009	1	0	219,45	219,45
HASA009	4	0	102,27	102,27
HASA010	1	0	670,01	546,61
HASA010	4	0	328,02	328,02
HASA011	1	0	230,60	230,60
HASA011	4	0	113,26	113,26
HASA012	1	0	104,50	104,50
HASA012	4	0	63,41	63,41
HASA013	1	0	146,30	146,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HASA013	4	0	70,38	70,38
HASA014	1	0	496,30	384,41
HASA014	4	0	212,99	212,99
HASA015	1	0	275,09	212,22
HASA015	4	0	105,95	105,95
HASA016	1	0	643,06	530,98
HASA016	4	0	318,85	318,85
HASA017	1	0	505,52	442,42
HASA017	4	0	253,98	253,98
HASA018	1	0	146,30	146,30
HASA018	4	0	67,81	67,81
HASA019	1	0	281,59	281,59
HASA019	4	0	218,85	218,85
HASA020	1	0	553,02	426,09
HASA020	4	0	312,69	312,69
HASA021	1	0	359,46	261,16
HASA021	4	0	106,68	106,68
HASA022	1	0	508,35	444,07
HASA022	4	0	253,98	253,98
HASA023	1	0	347,41	298,06
HASA023	4	0	164,97	164,97
HASA024	1	0	192,35	192,35
HASA024	4	0	104,10	104,10
HASA025	1	0	146,30	146,30
HASA025	4	0	73,68	73,68
HASD001	1	0	397,04	361,96
HASD001	4	0	166,30	166,30
HASD002	1	0	235,39	224,31
HASD002	4	0	115,39	115,39
HASD003	1	0	48,92	36,44
HASD004	1	0	317,63	315,89
HASD004	4	0	143,21	143,21
HASD005	1	0	294,94	293,96
HASD005	4	0	139,03	139,03
HASD006	1	0	249,57	232,53
HASD006	4	0	147,74	147,74
HASD007	1	0	334,65	281,87
HASD007	4	0	183,30	183,30
HBED009	1	0	104,50	104,50
HBED015	1	0	104,50	104,50
HBGD040	1	0	125,40	125,40
HBSD001	1	0	24,11	22,05
HCCA001	1	0	220,97	215,94
HCCA001	4	0	110,26	110,26
HCCA002	1	0	132,44	103,15
HCCA002	4	0	60,48	60,48
HCCD001	1	0	319,76	303,60
HCCD001	4	0	133,41	133,41
HCEA001	1	0	166,32	149,13
HCEA001	4	0	76,17	76,17
HCFA001	1	0	230,23	203,76
HCFA001	4	0	92,01	92,01
HCFA002	1	0	435,82	410,06
HCFA002	4	0	207,28	207,28
HCFA003	1	0	104,50	104,50
HCFA003	4	0	71,11	71,11
HCFA004	1	0	254,10	230,41
HCFA004	4	0	113,18	113,18
HCFA005	1	0	662,20	541,36
HCFA005	4	0	233,31	233,31
HCFA006	1	0	609,07	536,87
HCFA006	4	0	231,28	231,28
HCFA007	1	0	117,04	111,78
HCFA007	4	0	86,14	86,14
HCFA008	1	0	483,56	437,75
HCFA008	4	0	207,28	207,28
HCFA009	1	0	589,05	498,93
HCFA009	4	0	207,28	207,28
HCFA010	1	0	609,07	550,05
HCFA010	4	0	231,28	231,28
HCFA011	1	0	187,11	152,41
HCFA011	4	0	80,64	80,64
HCFA012	1	0	703,78	565,48
HCFA012	4	0	223,78	223,78
HCFA013	1	0	703,78	565,48
HCFA013	4	0	239,92	239,92
HCGA001	1	0	70,07	49,42
HCGA001	4	0	68,18	68,18
HCGA002	1	0	167,86	141,25
HCGA002	4	0	82,47	82,47

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HCGA003	1	0	107,06	88,43
HCGA003	4	0	68,18	68,18
HCHA001	1	0	43,89	29,49
HCHA002	1	0	33,88	23,68
HCHB001	1	0	41,58	28,15
HCJA001	1	0	63,91	45,84
HCJA001	4	0	48,02	48,02
HCLD001	1	0	43,89	37,55
HCPA001	1	0	63,91	45,84
HCPA001	4	0	48,02	48,02
HCQH001	1	0	50,54	50,54
HCQH002	1	0	50,54	50,54
HCQL001	1	0	268,87	268,87
HCQM001	1	0	34,97	34,97
HCQX004	1	0	91,37	91,37
HCSA001	1	0	104,50	104,50
HCSA001	4	0	59,74	59,74
HDAA002	1	0	251,02	233,38
HDAA002	4	0	118,33	118,33
HDAA003	1	0	267,96	208,08
HDAA003	4	0	151,75	151,75
HDCA001	1	0	231,00	186,65
HDCA001	4	0	126,83	126,83
HDCA002	1	0	272,58	175,66
HDCA002	4	0	129,39	129,39
HDFA001	1	0	563,64	515,64
HDFA001	2	0	539,00	444,30
HDFA001	4	0	435,55	435,55
HDFA002	1	0	193,27	182,32
HDFA002	4	0	140,75	140,75
HDFA003	1	0	592,13	567,28
HDFA003	4	0	258,59	258,59
HDFA004	1	0	390,39	344,93
HDFA004	4	0	208,82	208,82
HDFA005	1	0	526,68	494,20
HDFA005	4	0	231,83	231,83
HDFA006	1	0	515,64	515,64
HDFA006	2	0	754,99	754,99
HDFA006	4	0	481,33	481,33
HDFA007	1	0	908,60	761,80
HDFA007	4	0	349,46	349,46
HDFA008	1	0	409,64	356,09
HDFA008	4	0	195,26	195,26
HDFA009	1	0	187,88	179,19
HDFA009	4	0	137,83	137,83
HDFA010	1	0	569,03	518,76
HDFA010	4	0	234,39	234,39
HDFA011	1	0	558,25	494,96
HDFA011	4	0	212,09	212,09
HDFA012	1	0	504,35	411,03
HDFA012	4	0	197,09	197,09
HDFA013	1	0	908,60	761,80
HDFA013	4	0	346,53	346,53
HDFA014	1	0	309,54	267,32
HDFA014	4	0	136,73	136,73
HDFA015	1	0	318,01	272,22
HDFA015	4	0	118,40	118,40
HDFA016	1	0	354,97	324,39
HDFA016	4	0	176,20	176,20
HDFA017	1	0	527,45	424,43
HDFA017	4	0	204,42	204,42
HDFA018	1	0	239,47	226,68
HDFA018	4	0	108,06	108,06
HDFA019	1	0	613,69	474,45
HDFA019	4	0	231,55	231,55
HDFA020	1	0	167,20	167,20
HDFA020	4	0	69,64	69,64
HDFA021	1	0	250,80	250,80
HDFA021	4	0	116,56	116,56
HDFA022	1	0	167,20	167,20
HDFA022	4	0	77,34	77,34
HDFE001	1	0	123,97	112,22
HDFE001	4	0	78,44	78,44
HDFE002	1	0	93,94	86,75
HDFE002	4	0	64,52	64,52
HDFE003	1	0	106,26	101,96
HDFE003	4	0	75,14	75,14
HDGA001	1	0	233,68	233,68
HDGA001	4	0	102,27	102,27
HDGE001	1	0	66,22	55,97

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HDGE001	4	0	82,84	82,84
HDGE002	1	0	41,80	41,80
HDJA001	1	0	56,98	50,61
HDJA001	4	0	87,97	87,97
HDJD001	1	0	43,89	43,01
HDJD001	4	0	87,24	87,24
HDJD002	1	0	46,20	44,35
HDJD002	4	0	83,57	83,57
HDMA006	1	0	313,50	313,50
HDMA006	4	0	145,40	145,40
HDMA007	1	0	313,50	313,50
HDMA007	4	0	144,68	144,68
HDMA008	1	0	301,84	262,85
HDMA008	4	0	134,82	134,82
HDMA009	1	0	370,37	346,49
HDMA009	4	0	158,60	158,60
HDMA010	1	0	251,02	233,38
HDMA010	4	0	118,33	118,33
HDNE001	1	0	101,64	91,21
HDNE001	4	0	63,41	63,41
HDNE002	1	0	103,18	92,11
HDNE002	4	0	64,52	64,52
HDPA001	1	0	200,97	186,78
HDPA001	4	0	77,71	77,71
HDPE001	1	0	167,20	167,20
HDPE001	4	0	72,58	72,58
HDPE002	1	0	171,71	169,82
HDPE002	4	0	78,08	78,08
HDQE001	1	0	82,39	71,98
HDQE001	4	0	76,25	76,25
HDQX007	1	0	122,97	122,97
HDSD002	1	0	257,37	237,05
HDSD002	4	0	172,66	172,66
HEAE001	1	2	96,00	96,00
HEAE001	1	1	144,32	144,32
HEAE001	4	2	48,00	48,00
HEAE001	4	1	48,00	48,00
HEAE002	1	0	96,00	96,00
HEAE002	4	0	76,61	76,61
HEAE003	1	0	122,00	122,00
HEAE003	4	0	57,60	57,60
HEAH001	1	0	96,00	96,00
HECA001	1	0	250,99	215,80
HECA001	4	0	112,90	112,90
HECA002	1	0	373,64	348,39
HECA002	4	0	294,22	294,22
HECA003	1	0	581,38	433,76
HECA003	4	0	227,99	227,99
HECA004	1	0	330,39	323,30
HECA004	4	0	160,42	160,42
HECA005	1	0	212,70	193,60
HECA005	4	0	76,61	76,61
HECC001	1	0	339,61	328,65
HECC001	4	0	255,94	255,94
HEDA001	1	0	246,73	213,33
HEDA001	4	0	105,57	105,57
HEFA001	1	0	1 264,86	978,67
HEFA001	4	0	487,73	487,73
HEFA002	1	0	1 459,83	1 091,77
HEFA002	4	0	665,37	665,37
HEFA003	1	0	1 351,35	1 040,94
HEFA003	4	0	510,50	510,50
HEFA004	1	0	1 236,50	962,23
HEFA004	4	0	488,69	488,69
HEFA005	1	0	1 364,83	1 036,66
HEFA005	4	0	569,65	569,65
HEFA006	1	0	1 489,61	1 109,03
HEFA006	4	0	542,94	542,94
HEFA007	1	0	1 513,72	1 123,02
HEFA007	4	0	674,90	674,90
HEFA008	1	0	583,48	583,48
HEFA008	2	0	656,28	656,28
HEFA008	4	0	509,46	509,46
HEFA009	1	0	1 392,48	1 052,70
HEFA009	4	0	562,73	562,73
HEFA010	1	0	485,32	485,32
HEFA010	4	0	385,12	385,12
HEFA011	1	0	1 356,32	1 031,73
HEFA011	4	0	624,68	624,68
HEFA012	1	0	1 338,59	1 021,45

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HEFA012	4	0	615,16	615,16
HEFA013	1	0	1 289,67	993,07
HEFA013	4	0	521,62	521,62
HEFA014	1	0	401,02	401,02
HEFA014	4	0	292,74	292,74
HEFA015	1	0	365,14	343,45
HEFA015	4	0	251,69	251,69
HEFA016	1	0	1 060,92	1 060,92
HEFA016	4	0	569,65	569,65
HEFA017	1	0	583,48	583,48
HEFA017	2	0	717,97	717,97
HEFA017	4	0	526,69	526,69
HEFA018	1	0	1 521,51	1 139,64
HEFA018	4	0	572,81	572,81
HEFA019	1	0	401,29	364,42
HEFA019	4	0	251,69	251,69
HEFA020	1	0	1 086,90	875,46
HEFA020	4	0	404,39	404,39
HEFA021	1	0	583,48	583,48
HEFA021	4	0	374,42	374,42
HEFA022	1	0	1 086,90	875,46
HEFA022	4	0	473,66	473,66
HEFC001	1	0	383,57	354,14
HEFC001	4	0	234,09	234,09
HEFC002	1	0	402,71	365,24
HEFC002	4	0	223,83	223,83
HEFC003	1	0	417,46	417,46
HEFC003	4	0	311,81	311,81
HEFE001	1	0	135,62	135,62
HEFE001	4	0	70,74	70,74
HEFE002	1	0	103,28	103,28
HEFE002	4	0	67,08	67,08
HEFE003	1	0	201,42	201,42
HEFE003	4	0	71,85	71,85
HEGE001	1	0	167,20	167,20
HEGE002	1	0	111,80	111,80
HEGE003	1	0	184,81	184,81
HEGE003	4	0	75,88	75,88
HEKE001	1	0	216,57	216,57
HEKE001	4	0	77,71	77,71

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HELE001	1	0	96,00	96,00
HELE001	4	0	101,90	101,90
HELE002	1	0	170,63	170,63
HELE002	4	0	76,25	76,25
HELH001	1	0	167,20	167,20
HELH001	4	0	78,44	78,44
HEMA001	1	0	1 171,98	924,80
HEMA001	4	0	441,77	441,77
HEMA002	1	0	641,06	641,06
HEMA002	4	0	600,95	600,95
HEMA003	1	0	657,51	657,51
HEMA003	4	0	613,41	613,41
HEMA004	1	0	610,64	610,64
HEMA004	4	0	495,38	495,38
HEMA005	1	0	1 171,98	924,80
HEMA005	4	0	442,14	442,14
HEMA006	1	0	1 027,34	840,92
HEMA006	4	0	512,52	512,52
HEMA007	1	0	221,97	221,97
HEMA007	4	0	153,23	153,23
HEMA008	1	0	794,04	794,04
HEMA008	4	0	419,05	419,05
HEMA009	1	0	794,04	794,04
HEMA009	4	0	418,68	418,68
HEME002	1	0	126,28	113,56
HEME002	4	0	99,71	99,71
HENE002	1	0	116,90	116,90
HENE002	4	0	71,48	71,48
HENE004	1	0	125,41	125,41
HENE004	4	0	71,11	71,11
HEPA001	1	0	341,39	341,39
HEPA001	4	0	271,49	271,49
HEPA002	1	0	426,11	378,81
HEPA002	4	0	226,40	226,40
HEPA003	1	0	396,09	396,09
HEPA003	4	0	287,61	287,61
HEPA004	1	0	661,57	661,57
HEPA004	4	0	483,22	483,22
HEPA005	1	0	370,59	370,59
HEPA005	4	0	276,62	276,62

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HEPA006	1	0	343,16	330,70
HEPA006	4	0	172,88	172,88
HEPA007	1	0	992,60	807,96
HEPA007	4	0	580,36	580,36
HEPC001	1	0	377,58	377,58
HEPC001	4	0	246,14	246,14
HEPC002	1	0	373,64	360,48
HEPC002	4	0	195,79	195,79
HEPC003	1	0	505,52	436,96
HEPC003	4	0	211,18	211,18
HEPC004	1	0	416,23	416,23
HEPC004	4	0	281,20	281,20
HEQD001	1	0	91,75	91,75
HEQD002	1	0	86,40	86,40
HEQD003	1	0	79,84	79,84
HEQE001	1	0	70,21	70,21
HEQE002	1	0	96,00	96,00
HEQE003	1	0	100,45	100,45
HEQE005	1	0	96,00	96,00
HEQH001	1	0	53,20	53,20
HEQH002	1	0	104,57	104,57
HEQJ001	1	0	160,67	160,67
HEQJ001	4	0	56,82	56,82
HEQJ002	1	0	193,57	193,57
HEQJ002	4	0	59,74	59,74
HEQL001	1	0	265,28	265,28
HEQL002	1	0	265,28	265,28
HEQL003	1	0	397,92	397,92
HEQX004	1	0	106,37	106,37
HEQX005	1	0	51,15	51,15
HEQX008	1	0	124,03	124,03
HESA001	1	0	618,96	490,66
HESA001	4	0	202,21	202,21
HESA002	1	0	405,14	405,14
HESA002	4	0	281,11	281,11
HESA003	1	0	228,54	228,54
HESA003	4	0	81,01	81,01
HESA004	1	0	663,62	621,18
HESA004	4	0	333,67	333,67
HESA005	1	0	219,08	197,29
HESA005	4	0	113,26	113,26
HESA006	1	0	308,74	308,74
HESA006	4	0	198,32	198,32
HESA007	1	0	869,87	869,87
HESA007	4	0	395,58	395,58
HESA008	1	0	771,39	683,69
HESA008	4	0	341,30	341,30
HESA009	1	0	583,48	583,48
HESA009	4	0	374,05	374,05
HESA010	1	0	104,50	104,50
HESA010	4	0	113,63	113,63
HESE001	1	0	142,99	142,99
HESE001	4	0	69,65	69,65
HESE002	1	0	135,62	135,62
HESE002	4	0	71,11	71,11
HFAD001	1	0	60,27	38,99
HFAE001	1	0	112,36	112,36
HFAE001	4	0	67,44	67,44
HFAH001	1	0	96,00	96,00
HFCA001	1	0	562,95	458,18
HFCA001	4	0	267,44	267,44
HFCA002	1	0	190,01	162,87
HFCA002	4	0	153,23	153,23
HFCA003	1	0	274,38	242,17
HFCA003	4	0	168,84	168,84
HFCA004	1	0	214,12	211,97
HFCA004	4	0	203,29	203,29
HFCB001	1	0	125,84	125,84
HFCB001	4	0	72,58	72,58
HFCC001	1	0	314,80	277,71
HFCC001	4	0	184,42	184,42
HFCC002	1	0	209,16	186,08
HFCC002	4	0	196,65	196,65
HFCC003	1	0	591,31	474,63
HFCC003	4	0	231,57	231,57
HFCC022	1	0	242,92	240,77
HFCC022	4	0	227,29	227,29
HFCH001	1	0	154,52	125,40
HFDA001	1	0	313,50	313,50
HFDA001	4	0	185,79	185,79

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HFDA002	1	0	313,50	313,50
HFDA002	4	0	163,71	163,71
HFDC001	1	0	342,30	342,30
HFDC001	4	0	195,87	195,87
HFDC002	1	0	342,30	342,30
HFDC002	4	0	183,68	183,68
HFFA001	1	0	595,56	477,10
HFFA001	4	0	293,10	293,10
HFFA002	1	0	418,31	399,90
HFFA002	4	0	257,85	257,85
HFFA003	1	0	670,71	546,30
HFFA003	4	0	249,43	249,43
HFFA004	1	0	632,43	589,93
HFFA004	4	0	423,12	423,12
HFFA005	1	0	897,59	721,77
HFFA005	4	0	298,49	298,49
HFFA006	1	0	423,98	403,20
HFFA006	4	0	238,80	238,80
HFFA007	1	0	404,13	391,67
HFFA007	4	0	346,20	346,20
HFFA008	1	0	780,61	653,93
HFFA008	4	0	290,88	290,88
HFFA009	1	0	230,43	221,43
HFFA009	4	0	204,03	204,03
HFFA010	1	0	374,48	374,48
HFFA010	4	0	280,52	280,52
HFFA011	1	0	595,56	478,04
HFFA011	4	0	230,55	230,55
HFFC001	1	0	264,46	253,26
HFFC001	4	0	224,74	224,74
HFFC002	1	0	470,78	442,42
HFFC002	4	0	262,80	262,80
HFFC003	1	0	403,28	403,28
HFFC003	4	0	252,18	252,18
HFFC004	1	0	625,34	494,37
HFFC004	4	0	250,64	250,64
HFFC012	1	0	447,10	428,69
HFFC012	4	0	281,86	281,86
HFFC017	1	0	926,39	750,57
HFFC017	4	0	322,49	322,49

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HFFC018	1	0	511,19	410,32
HFFC018	4	0	215,69	215,69
HFHD001	1	0	19,20	19,20
HFHD002	1	0	36,19	29,06
HFKA001	1	0	104,50	104,50
HFKA002	1	0	409,09	299,60
HFKA002	4	0	249,01	249,01
HFKC001	1	0	587,76	403,22
HFKC001	4	0	231,89	231,89
HFKD001	1	0	42,54	28,71
HFKE001	1	0	104,16	104,16
HFKE001	4	0	66,35	66,35
HFKH001	1	0	37,16	9,60
HFLE001	1	0	96,00	96,00
HFLH001	1	0	11,74	5,76
HFLH002	1	0	167,20	167,20
HFMA001	1	0	369,39	345,91
HFMA001	4	0	256,08	256,08
HFMA003	1	0	332,52	324,54
HFMA003	4	0	172,87	172,87
HFMA004	1	0	187,18	178,78
HFMA004	4	0	130,80	130,80
HFMA005	1	0	816,06	674,49
HFMA005	4	0	314,25	314,25
HFMA007	1	0	412,64	371,00
HFMA007	4	0	267,44	267,44
HFMA008	1	0	394,20	360,31
HFMA008	4	0	175,43	175,43
HFMA009	1	0	314,80	314,25
HFMA009	4	0	156,75	156,75
HFMA010	1	0	314,80	314,25
HFMA010	4	0	156,75	156,75
HFMA011	1	0	409,09	299,60
HFMA011	4	0	249,01	249,01
HFMC001	1	0	545,93	460,41
HFMC001	4	0	212,28	212,28
HFMC003	1	0	209,16	203,63
HFMC003	4	0	162,87	162,87
HFMC004	1	0	457,31	409,00
HFMC004	4	0	192,48	192,48

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HFMC006	1	0	452,34	394,03
HFMC006	4	0	156,75	156,75
HFMC007	1	0	452,34	394,03
HFMC007	4	0	156,75	156,75
HFMC008	1	0	587,76	403,22
HFMC008	4	0	231,89	231,89
HFMP002	1	0	19,95	19,95
HFPA001	1	0	218,37	209,69
HFPA001	4	0	181,31	181,31
HFPA002	1	0	177,25	173,03
HFPA002	4	0	126,49	126,49
HFPA003	1	0	218,37	179,32
HFPA003	4	0	140,03	140,03
HFPC001	1	0	196,00	196,00
HFPC001	4	0	180,56	180,56
HFQL001	1	0	397,92	397,92
HFQL002	1	0	265,28	265,28
HFQL003	1	0	265,28	265,28
HFQL004	1	0	397,92	397,92
HFQX004	1	0	90,41	90,41
HFQX005	1	0	66,06	66,06
HFQX008	1	0	114,74	114,74
HFSA001	1	0	158,82	144,78
HFSA001	4	0	70,38	70,38
HGAA002	1	0	682,77	597,18
HGAA002	4	0	441,90	441,90
HGAA003	1	0	478,98	478,98
HGAA003	4	0	290,88	290,88
HGAC010	1	0	507,78	507,78
HGAC010	4	0	314,88	314,88
HGAE001	1	0	157,74	157,74
HGAE001	4	0	58,65	58,65
HGCA001	1	0	255,95	236,23
HGCA001	4	0	224,92	224,92
HGCA002	1	0	302,03	258,21
HGCA002	4	0	191,20	191,20
HGCA003	1	0	481,41	367,00
HGCA003	4	0	373,84	373,84
HGCA005	1	0	253,11	234,59
HGCA005	4	0	183,50	183,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HGCA006	1	0	645,19	575,38
HGCA006	4	0	290,88	290,88
HGCA007	1	0	331,10	279,82
HGCA007	4	0	195,82	195,82
HGCA008	1	0	218,37	179,32
HGCA008	4	0	116,57	116,57
HGCA009	1	0	1 106,04	887,80
HGCA009	4	0	256,16	256,16
HGCC003	1	0	284,74	265,02
HGCC003	4	0	248,93	248,93
HGCC015	1	0	281,92	263,39
HGCC015	4	0	207,50	207,50
HGCC026	1	0	247,17	208,12
HGCC026	4	0	140,57	140,57
HGCC027	1	0	850,80	682,92
HGCC027	4	0	247,45	247,45
HGCH001	1	0	193,64	125,40
HGEA001	1	0	339,61	280,00
HGEA001	4	0	270,84	270,84
HGEA003	1	0	213,41	206,81
HGEA003	4	0	222,09	222,09
HGEC001	1	0	358,05	302,79
HGEC001	4	0	292,65	292,65
HGEC009	1	0	242,22	235,61
HGEC009	4	0	243,22	243,22
HGEH001	1	0	144,11	57,60
HGFA001	1	0	321,89	287,28
HGFA001	4	0	184,98	184,98
HGFA003	1	0	297,09	297,09
HGFA003	4	0	189,37	189,37
HGFA004	1	0	397,04	361,96
HGFA004	4	0	207,30	207,30
HGFA005	1	0	310,54	280,70
HGFA005	4	0	215,01	215,01
HGFA006	1	0	224,75	183,03
HGFA006	4	0	120,96	120,96
HGFA007	1	0	250,28	245,75
HGFA007	4	0	166,65	166,65
HGFA008	1	0	350,25	303,73
HGFA008	4	0	308,23	308,23

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HGFA009	1	0	459,43	367,06
HGFA009	4	0	339,39	339,39
HGFA010	1	0	290,69	269,19
HGFA010	4	0	241,06	241,06
HGFA011	1	0	336,07	295,50
HGFA011	4	0	257,18	257,18
HGFA012	1	0	389,50	389,50
HGFA012	4	0	376,01	376,01
HGFA013	1	0	309,83	267,48
HGFA013	4	0	168,13	168,13
HGFA014	1	0	595,56	446,01
HGFA014	4	0	205,86	205,86
HGFC001	1	0	309,12	291,98
HGFC001	4	0	179,89	179,89
HGFC002	1	0	213,41	188,54
HGFC002	4	0	123,71	123,71
HGFC014	1	0	384,36	347,71
HGFC014	4	0	231,55	231,55
HGFC016	1	0	484,32	412,57
HGFC016	4	0	249,47	249,47
HGFC021	1	0	279,08	274,55
HGFC021	4	0	190,65	190,65
HGFE001	1	0	234,93	234,93
HGFE001	4	0	64,88	64,88
HGFE002	1	0	219,61	219,61
HGFE002	4	0	61,95	61,95
HGFE003	1	0	194,61	194,61
HGFE003	4	0	62,68	62,68
HGFE004	1	0	179,29	179,29
HGFE004	4	0	60,11	60,11
HGFE005	1	0	389,20	389,20
HGFE005	4	0	149,40	149,40
HGGE001	1	0	249,47	249,47
HGGE001	4	0	75,51	75,51
HGHD001	1	0	35,86	35,86
HGHD002	1	0	57,60	57,60
HGHD003	1	0	35,86	35,86
HGKE001	1	0	281,23	281,23
HGKE001	4	0	82,47	82,47
HGLA001	1	0	175,12	154,24

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HGLA001	4	0	102,27	102,27
HGLE001	1	0	235,29	235,29
HGLE001	4	0	75,51	75,51
HGMA001	1	0	595,56	459,54
HGMA001	4	0	219,79	219,79
HGMA002	1	0	595,56	433,20
HGMA002	4	0	214,29	214,29
HGMA003	1	0	191,43	149,75
HGMA003	4	0	92,78	92,78
HGMA005	1	0	255,24	235,82
HGMA005	4	0	167,01	167,01
HGNE001	1	0	137,32	137,32
HGPA001	1	0	244,61	224,90
HGPA001	4	0	172,87	172,87
HGPA002	1	0	230,43	186,32
HGPA002	4	0	131,96	131,96
HGPA003	1	0	230,43	186,32
HGPA003	4	0	96,04	96,04
HGPA004	1	0	355,21	289,05
HGPA004	4	0	228,96	228,96
HGPA005	1	0	244,61	194,54
HGPA005	4	0	131,59	131,59
HGPA006	1	0	317,63	315,89
HGPA006	4	0	281,44	281,44
HGPC005	1	0	133,30	133,30
HGPC005	4	0	86,68	86,68
HGPC006	1	0	259,23	188,86
HGPC006	4	0	152,10	152,10
HGPC015	1	0	384,01	317,85
HGPC015	4	0	252,95	252,95
HGPH001	1	0	121,95	119,70
HGQD002	1	0	112,47	112,47
HGQE001	1	0	246,80	246,80
HGQE001	4	0	63,78	63,78
HGQE002	1	0	99,88	99,88
HGQE003	1	0	148,10	148,10
HGQE003	4	0	54,25	54,25
HGQE005	1	0	144,12	144,12
HGQE005	4	0	48,39	48,39
HGQH001	1	0	119,70	119,70

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HGQH002	1	0	119,70	119,70
HGQJ001	1	0	193,57	193,57
HGQJ001	4	0	59,74	59,74
HGQJ002	1	0	185,62	185,62
HGQJ002	4	0	58,65	58,65
HGQL001	1	0	268,87	268,87
HGQX003	1	0	56,20	56,20
HGQX005	1	0	53,16	53,16
HGQX008	1	0	81,71	81,71
HGSA001	1	0	209,16	173,98
HGSA001	4	0	118,03	118,03
HGSE001	1	0	162,84	162,84
HGSE001	4	0	60,85	60,85
HGSE002	1	0	175,32	175,32
HGSE002	4	0	59,74	59,74
HGSE003	1	0	220,18	220,18
HGSE003	4	0	61,95	61,95
HGSE004	1	0	215,64	215,64
HGSE004	4	0	60,48	60,48
HHAA002	1	0	177,25	155,47
HHAA002	4	0	94,58	94,58
HHAE001	1	0	112,93	112,93
HHAE001	4	0	50,22	50,22
HHCA001	1	0	274,38	242,17
HHCA001	4	0	186,44	186,44
HHCA002	1	0	151,73	140,67
HHCA002	4	0	97,87	97,87
HHCA003	1	0	269,42	244,05
HHCA003	4	0	166,64	166,64
HHCC001	1	0	292,11	264,54
HHCC001	4	0	215,22	215,22
HHCC007	1	0	180,53	169,47
HHCC007	4	0	121,87	121,87
HHCC011	1	0	298,22	272,85
HHCC011	4	0	208,83	208,83
HHEE001	1	0	121,75	121,75
HHEE001	4	0	61,58	61,58
HHFA001	1	0	176,79	176,79
HHFA001	4	0	78,49	78,49
HHFA002	1	0	685,60	585,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HHFA002	4	0	308,23	308,23
HHFA003	1	0	418,00	418,00
HHFA003	4	0	348,09	348,09
HHFA004	1	0	996,85	853,61
HHFA004	4	0	340,42	340,42
HHFA005	1	0	741,61	661,68
HHFA005	4	0	295,70	295,70
HHFA006	1	0	640,94	547,30
HHFA006	4	0	270,29	270,29
HHFA008	1	0	475,03	463,18
HHFA008	4	0	274,80	274,80
HHFA009	1	0	418,00	418,00
HHFA009	4	0	250,80	250,80
HHFA010	1	0	565,07	515,40
HHFA010	4	0	282,57	282,57
HHFA011	1	0	176,79	176,79
HHFA011	4	0	85,38	85,38
HHFA014	1	0	399,88	337,27
HHFA014	4	0	210,62	210,62
HHFA016	1	0	187,89	183,22
HHFA016	4	0	103,64	103,64
HHFA017	1	0	463,69	444,50
HHFA017	4	0	256,72	256,72
HHFA018	1	0	418,00	418,00
HHFA018	4	0	250,80	250,80
HHFA020	1	0	265,88	263,57
HHFA020	4	0	143,04	143,04
HHFA021	1	0	718,93	636,43
HHFA021	4	0	271,70	271,70
HHFA022	1	0	789,83	721,44
HHFA022	4	0	313,50	313,50
HHFA023	1	0	446,80	446,80
HHFA023	4	0	274,80	274,80
HHFA024	1	0	485,67	387,03
HHFA024	4	0	221,25	221,25
HHFA025	1	0	277,22	270,15
HHFA025	4	0	171,57	171,57
HHFA026	1	0	265,17	259,13
HHFA026	4	0	205,13	205,13
HHFA027	1	0	367,26	256,90

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HHFA027	4	0	146,99	146,99
HHFA028	1	0	1 370,50	1 171,62
HHFA028	4	0	489,43	489,43
HHFA029	1	0	1 150,71	1 000,25
HHFA029	4	0	447,63	447,63
HHFA030	1	0	792,48	792,48
HHFA030	4	0	447,63	447,63
HHFA031	1	0	1 063,50	993,56
HHFA031	4	0	489,43	489,43
HHFA032	1	0	31,35	31,35
HHFA032	4	0	24,00	24,00
HHFC001	1	0	108,50	108,50
HHFC001	2	0	204,40	179,03
HHFC001	4	0	96,95	96,95
HHFE001	1	0	103,28	103,28
HHFE001	4	0	49,12	49,12
HHFE002	1	0	192,00	192,00
HHFE002	4	0	52,41	52,41
HHFE004	1	0	192,00	192,00
HHFE004	4	0	57,18	57,18
HHFE005	1	0	119,17	119,17
HHFE005	4	0	50,22	50,22
HHFE006	1	0	202,03	202,03
HHFE006	4	0	53,89	53,89
HHGE002	1	0	108,31	108,31
HHGE002	4	0	52,05	52,05
HHGE010	1	0	108,31	108,31
HHGE010	4	0	53,84	53,84
HHJE001	1	0	129,70	129,70
HHLE005	1	0	347,94	347,94
HHLE005	4	0	137,96	137,96
HHLH001	1	0	167,20	167,20
HHMA002	1	0	307,00	230,73
HHMA002	4	0	103,74	103,74
HHMA003	1	0	662,21	585,25
HHMA003	4	0	290,88	290,88
HHMC001	1	0	754,38	650,81
HHMC001	4	0	314,88	314,88
HHMC005	1	0	335,81	259,53
HHMC005	4	0	127,74	127,74

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HHNE001	1	0	192,00	192,00
HHNE001	4	0	59,02	59,02
HHNE002	1	0	192,00	192,00
HHNE002	4	0	58,65	58,65
HHNE003	1	0	126,54	126,54
HHNE003	4	0	53,52	53,52
HHNE004	1	0	119,73	119,73
HHNE004	4	0	52,41	52,41
HHPA001	1	0	224,04	182,61
HHPA001	4	0	130,13	130,13
HHPA002	1	0	224,04	182,61
HHPA002	4	0	93,84	93,84
HHPC001	1	0	275,09	224,31
HHPC001	4	0	148,42	148,42
HHPC002	1	0	275,09	224,31
HHPC002	4	0	157,07	157,07
HHQE002	1	0	153,60	153,60
HHQE002	4	0	50,58	50,58
HHQE003	1	0	93,96	93,96
HHQE003	4	0	49,85	49,85
HHQE004	1	0	73,54	73,54
HHQE004	4	0	48,02	48,02
HHQE005	1	0	153,60	153,60
HHQE005	4	0	49,85	49,85
HHQH001	1	0	119,70	119,70
HHQJ002	1	0	188,08	188,08
HHQJ002	4	0	53,89	53,89
HHQX004	1	0	75,29	75,29
HHQX005	1	0	51,53	51,53
HHQX006	1	0	102,93	102,93
HHQX007	1	0	43,05	43,05
HHQX008	1	0	93,51	93,51
HHQX010	1	0	124,14	124,14
HHQX011	1	0	129,69	129,69
HHSA001	1	0	234,68	223,89
HHSA001	4	0	156,75	156,75
HHSE001	1	0	101,91	101,91
HHSE001	4	0	57,91	57,91
HHSE002	1	0	171,72	171,72
HHSE002	4	0	57,55	57,55

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HHSE003	1	0	172,86	172,86
HHSE003	4	0	59,39	59,39
HHSE004	1	0	94,53	94,53
HHSE004	4	0	53,89	53,89
HJAD001	1	0	86,06	66,05
HJAD001	4	0	54,25	54,25
HJBA001	1	0	240,35	227,19
HJBA001	4	0	146,14	146,14
HJCA001	1	0	273,67	241,76
HJCA001	4	0	179,11	179,11
HJCC001	1	0	249,57	239,88
HJCC001	4	0	197,62	197,62
HJCD001	1	0	299,91	239,42
HJCD001	4	0	145,14	145,14
HJCD002	1	0	168,74	115,43
HJCD002	4	0	94,94	94,94
HJDA001	1	0	341,03	285,58
HJDA001	4	0	151,64	151,64
HJDC001	1	0	442,42	356,47
HJDC001	4	0	176,38	176,38
HJEA001	1	0	699,57	699,57
HJEA001	4	0	440,44	440,44
HJEA002	1	0	579,96	537,55
HJEA002	4	0	371,16	371,16
HJEA003	1	0	546,60	546,60
HJEA003	4	0	370,42	370,42
HJEA004	1	0	526,03	526,03
HJEA004	4	0	360,53	360,53
HJFA001	1	0	805,42	756,10
HJFA001	4	0	386,75	386,75
HJFA002	1	0	687,98	687,98
HJFA002	4	0	374,48	374,48
HJFA003	1	0	264,46	177,57
HJFA003	4	0	127,93	127,93
HJFA004	1	0	753,67	742,20
HJFA004	4	0	398,48	398,48
HJFA005	1	0	527,50	463,23
HJFA005	4	0	236,97	236,97
HJFA006	1	0	818,19	763,50
HJFA006	4	0	374,48	374,48

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HJFA007	1	0	827,40	681,07
HJFA007	4	0	331,85	331,85
HJFA008	1	0	256,66	192,75
HJFA008	4	0	134,89	134,89
HJFA009	1	0	282,18	207,56
HJFA009	4	0	140,76	140,76
HJFA010	1	0	389,95	383,46
HJFA010	4	0	217,73	217,73
HJFA011	1	0	478,98	478,98
HJFA011	4	0	290,88	290,88
HJFA012	1	0	882,71	800,92
HJFA012	4	0	374,48	374,48
HJFA013	1	0	297,56	277,92
HJFA013	4	0	130,04	130,04
HJFA014	1	0	374,48	374,48
HJFA014	4	0	217,73	217,73
HJFA015	1	0	692,69	602,94
HJFA015	4	0	436,77	436,77
HJFA016	1	0	563,45	563,45
HJFA016	4	0	420,64	420,64
HJFA017	1	0	847,96	796,90
HJFA017	4	0	398,48	398,48
HJFA018	1	0	483,54	437,73
HJFA018	4	0	221,21	221,21
HJFA019	1	0	945,81	765,87
HJFA019	4	0	347,78	347,78
HJFA020	1	0	536,71	512,46
HJFA020	4	0	376,29	376,29
HJFC001	1	0	705,46	622,43
HJFC001	4	0	453,82	453,82
HJFC002	1	0	624,63	575,55
HJFC002	4	0	411,29	411,29
HJFC003	1	0	782,03	666,84
HJFC003	4	0	532,99	532,99
HJFC023	1	0	911,51	781,04
HJFC023	4	0	398,48	398,48
HJFC031	1	0	507,78	507,78
HJFC031	4	0	314,88	314,88
HJFD001	1	0	253,82	213,05
HJFD001	4	0	137,09	137,09

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HJFD002	1	0	296,36	196,08
HJFD002	4	0	117,30	117,30
HJFD003	1	0	536,71	512,46
HJFD003	4	0	376,29	376,29
HJFD004	1	0	230,43	177,54
HJFD004	4	0	120,60	120,60
HJFD005	1	0	301,33	240,60
HJFD005	4	0	140,02	140,02
HJGD001	1	0	56,72	50,45
HJGD001	4	0	72,94	72,94
HJHD001	1	0	24,45	22,24
HJHD002	1	0	77,26	60,94
HJJA001	1	0	250,80	250,80
HJJA001	4	0	104,50	104,50
HJMA001	1	0	197,69	197,69
HJMA001	4	0	103,64	103,64
HJMA002	1	0	312,67	286,69
HJMA002	4	0	129,30	129,30
HJND001	1	0	132,58	93,03
HJPA001	1	0	250,80	250,80
HJPA001	4	0	107,67	107,67
HJQD001	1	0	24,45	22,24
HJQD001	4	0	48,00	48,00
HJQE001	1	0	57,60	57,60
HJQE002	1	0	21,68	21,68
HJQJ001	1	0	137,41	137,41
HJQJ001	4	0	52,41	52,41
HJQJ002	1	0	128,64	128,64
HJQJ002	4	0	49,85	49,85
HJQJ003	1	0	56,70	56,70
HJQX004	1	0	110,11	110,11
HJSA001	1	0	346,00	306,02
HJSA001	4	0	144,33	144,33
HJSD001	1	0	57,43	50,87
HJSD001	4	0	55,35	55,35
HKCA001	1	0	270,13	200,57
HKCA001	4	0	120,59	120,59
HKCA002	1	0	214,83	168,49
HKCA002	4	0	117,30	117,30
HKCA003	1	0	266,58	220,09

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HKCA003	4	0	138,90	138,90
HKCA004	1	0	53,88	48,81
HKCA005	1	0	197,81	158,62
HKCA005	4	0	109,97	109,97
HKEA001	1	0	395,62	312,49
HKEA001	4	0	234,23	234,23
HKFA001	1	0	58,14	41,78
HKFA002	1	0	96,42	82,26
HKFA002	4	0	54,98	54,98
HKFA004	1	0	63,10	62,93
HKFA005	1	0	138,26	137,24
HKFA005	4	0	81,60	81,60
HKFA006	1	0	160,94	150,40
HKFA006	4	0	81,60	81,60
HKFA007	1	0	137,55	87,84
HKFA007	4	0	59,39	59,39
HKFA008	1	0	38,40	38,40
HKFA009	1	0	187,18	134,90
HKFA009	4	0	67,44	67,44
HKGA001	1	0	197,69	197,69
HKGA001	4	0	103,64	103,64
HKHA001	1	0	39,12	26,72
HKLA002	1	0	197,69	197,69
HKLA002	4	0	103,64	103,64
HKLB001	1	0	90,75	58,69
HKLB002	1	0	21,27	18,39
HKMA001	1	0	159,53	136,42
HKMA001	4	0	118,03	118,03
HKMA002	1	0	260,91	239,11
HKMA002	4	0	112,90	112,90
HKMA003	1	0	267,29	242,81
HKMA003	4	0	88,71	88,71
HKMA004	1	0	489,21	371,52
HKMA004	4	0	114,00	114,00
HKMA005	1	0	570,75	418,82
HKMA005	4	0	123,16	123,16
HKMA006	1	0	467,23	354,03
HKMA006	4	0	234,97	234,97
HKND001	1	0	70,90	57,26
HKND001	4	0	54,98	54,98

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HKPA001	1	0	233,97	201,54
HKPA001	4	0	77,89	77,89
HKPA002	1	0	158,82	148,10
HKPA002	4	0	72,00	72,00
HKPA003	1	0	62,70	62,70
HKPA004	1	0	157,40	135,18
HKPA004	4	0	56,82	56,82
HKPA005	1	0	194,27	156,56
HKPA005	4	0	58,65	58,65
HKPA006	1	0	52,25	52,25
HKPA006	4	0	50,95	50,95
HKPA007	1	2	38,29	28,79
HKPA007	1	1	214,12	181,25
HKPA007	4	1	67,08	67,08
HKPA008	1	0	191,43	181,26
HKPA008	4	0	66,35	66,35
HKPA009	1	0	258,08	176,01
HKPA009	4	0	75,14	75,14
HKQX005	1	0	56,70	56,70
HKSD001	1	0	41,80	41,80
HKSD001	4	0	53,52	53,52
HLCA001	1	0	642,71	642,71
HLCA001	4	0	408,14	408,14
HLCA002	1	0	285,02	217,97
HLCA002	4	0	141,49	141,49
HLCC001	1	0	343,16	277,67
HLCC001	4	0	210,28	210,28
HLFA002	1	0	399,88	332,52
HLFA002	4	0	208,91	208,91
HLFA003	1	0	827,40	598,04
HLFA003	4	0	371,59	371,59
HLFA004	1	0	1 199,63	940,85
HLFA004	4	0	617,35	617,35
HLFA005	1	0	1 245,71	967,58
HLFA005	4	0	560,53	560,53
HLFA006	1	0	1 014,58	759,26
HLFA006	4	0	478,58	478,58
HLFA007	1	0	970,62	808,03
HLFA007	4	0	526,81	526,81
HLFA009	1	0	636,68	540,09
HLFA009	4	0	389,14	389,14
HLFA010	1	0	1 191,83	936,33
HLFA010	4	0	607,46	607,46
HLFA011	1	0	657,24	626,26
HLFA011	4	0	400,72	400,72
HLFA012	1	0	479,28	378,57
HLFA012	4	0	266,10	266,10
HLFA014	1	0	496,30	405,99
HLFA014	4	0	270,42	270,42
HLFA017	1	0	1 016,71	834,75
HLFA017	4	0	510,32	510,32
HLFA018	1	0	799,04	708,51
HLFA018	4	0	463,39	463,39
HLFA019	1	0	365,84	330,33
HLFA019	4	0	216,91	216,91
HLFA020	1	0	365,84	330,33
HLFA020	4	0	216,91	216,91
HLFC002	1	0	875,62	765,01
HLFC002	4	0	547,52	547,52
HLFC003	1	0	477,16	406,99
HLFC003	4	0	138,09	138,09
HLFC004	1	0	477,16	406,99
HLFC004	4	0	138,09	138,09
HLFC027	1	0	723,96	590,71
HLFC027	4	0	431,32	431,32
HLFC032	1	0	1 101,84	809,88
HLFC032	4	0	520,76	520,76
HLFC037	1	0	827,86	737,31
HLFC037	4	0	505,57	505,57
HLHB001	1	0	61,61	43,80
HLHH001	1	0	196,18	104,50
HLHH002	1	0	125,40	125,40
HLHH005	1	0	214,35	104,50
HLHH006	1	0	76,80	76,80
HLHH007	1	0	142,90	76,80
HLHJ003	1	0	76,80	76,80
HLHJ004	1	0	125,40	125,40
HLHJ005	1	0	127,16	76,80
HLHJ006	1	0	102,94	76,80
HLJA001	1	0	259,49	216,35

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HLJA001	4	0	158,99	158,99
HLJC001	1	0	282,89	242,71
HLJC001	4	0	181,69	181,69
HLNA007	1	0	319,05	291,21
HLNA007	4	0	189,60	189,60
HLNC003	1	0	333,23	304,15
HLNC003	4	0	176,96	176,96
HLNK001	1	0	76,80	76,80
HLNM001	1	0	169,54	76,80
HLQL001	1	0	162,76	162,76
HLQM001	1	0	52,45	52,45
HLQM002	1	0	31,29	31,29
HLQX004	1	0	85,30	85,30
HLQX005	1	0	104,69	104,69
HLQX008	1	0	138,74	138,74
HLQX013	1	0	60,00	60,00
HLSA001	1	0	511,90	379,93
HLSA001	4	0	404,91	404,91
HLSC012	1	0	540,70	408,73
HLSC012	4	0	428,90	428,90
HMAE001	1	0	266,13	266,13
HMAE001	4	0	83,94	83,94
HMAE002	1	0	340,41	340,41
HMAE002	4	0	149,40	149,40
HMAH001	1	0	209,00	209,00
HMAH001	4	0	125,40	125,40
HMAH002	1	0	209,00	209,00
HMAH002	4	0	125,40	125,40
HMCA001	1	0	479,28	435,27
HMCA001	4	0	300,87	300,87
HMCA002	1	0	374,48	374,48
HMCA002	4	0	188,25	188,25
HMCA003	1	0	374,48	374,48
HMCA003	4	0	186,38	186,38
HMCA004	1	0	478,98	478,98
HMCA004	4	0	280,43	280,43
HMCA005	1	0	698,37	650,11
HMCA005	4	0	332,68	332,68
HMCA006	1	0	428,24	423,94
HMCA006	4	0	197,40	197,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HMCA007	1	0	860,73	744,28
HMCA007	4	0	332,68	332,68
HMCA008	1	0	653,70	624,20
HMCA008	4	0	332,68	332,68
HMCA009	1	0	207,74	173,15
HMCA009	4	0	100,07	100,07
HMCA010	1	0	374,48	374,48
HMCA010	4	0	194,48	194,48
HMCA011	1	0	374,48	374,48
HMCA011	4	0	187,88	187,88
HMCC001	1	0	484,25	468,52
HMCC001	4	0	225,44	225,44
HMCC002	1	0	469,36	441,61
HMCC002	4	0	210,38	210,38
HMCC003	1	0	403,28	403,28
HMCC003	4	0	210,38	210,38
HMCC013	1	0	507,78	507,78
HMCC013	4	0	322,61	322,61
HMCH001	1	0	170,75	125,40
HMFA001	1	0	543,40	543,40
HMFA001	4	0	245,58	245,58
HMFA002	1	0	499,88	499,88
HMFA002	4	0	243,86	243,86
HMFA003	1	0	439,58	412,24
HMFA003	4	0	249,08	249,08
HMFA004	1	0	283,60	269,82
HMFA004	4	0	137,72	137,72
HMFA005	1	0	564,36	555,56
HMFA005	4	0	256,03	256,03
HMFA006	1	0	499,88	499,88
HMFA006	4	0	259,53	259,53
HMFA007	1	0	251,70	251,32
HMFA007	4	0	134,42	134,42
HMFA008	1	0	380,73	378,10
HMFA008	4	0	249,08	249,08
HMFA009	1	0	742,32	675,61
HMFA009	4	0	332,68	332,68
HMFA010	1	0	913,19	774,71
HMFA010	4	0	332,68	332,68
HMFC001	1	0	375,77	323,28

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HMFC001	4	0	152,00	152,00
HMFC002	1	0	471,49	442,84
HMFC002	4	0	273,08	273,08
HMFC003	1	0	499,88	499,88
HMFC003	4	0	259,53	259,53
HMFC004	1	0	287,85	272,29
HMFC004	4	0	147,24	147,24
HMFC005	1	0	599,11	575,71
HMFC005	4	0	265,88	265,88
HMGA001	1	0	374,48	374,48
HMGA001	4	0	249,08	249,08
HMGC001	1	0	406,26	405,00
HMGC001	4	0	273,08	273,08
HMGE001	1	0	192,00	192,00
HMGE001	4	0	71,48	71,48
HMGE002	1	0	330,20	330,20
HMGE002	4	0	149,40	149,40
HMGH001	1	0	125,40	125,40
HMGH001	2	0	313,50	313,50
HMGH001	4	0	154,20	154,20
HMGH002	1	0	409,32	57,60
HMGH003	1	0	240,99	57,60
HMGH004	1	0	314,86	20,90
HMJH001	1	0	634,56	125,40
HMJH002	1	0	311,23	209,00
HMJH002	4	0	125,40	125,40
HMJH003	1	0	354,82	125,40
HMJH004	1	0	151,38	125,40
HMJH005	1	0	406,90	125,40
HMJH006	1	0	204,66	125,40
HMJH007	1	0	491,67	209,00
HMJH007	4	0	125,40	125,40
HMKE001	1	0	268,80	268,80
HMKE001	4	0	105,84	105,84
HMKE002	1	0	383,39	383,39
HMKE002	4	0	156,75	156,75
HMKH001	1	0	57,60	57,60
HMLA001	1	0	374,48	374,48
HMLA001	4	0	249,08	249,08
HMLC001	1	0	403,28	403,28

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HMLC001	4	0	273,08	273,08
HMLE002	1	0	410,70	410,70
HMLE002	4	0	198,55	198,55
HMLE003	1	0	486,06	486,06
HMLE003	4	0	198,55	198,55
HMLH001	1	0	417,80	125,40
HMLH001	2	0	397,10	397,10
HMLH001	4	0	154,20	154,20
HMLH002	1	0	198,60	188,10
HMLH003	1	0	132,00	125,40
HMMA001	1	0	164,70	121,86
HMMA002	1	0	205,87	145,74
HMNE001	1	0	346,09	346,09
HMNE001	4	0	149,40	149,40
HMNE002	1	0	479,96	479,96
HMNE002	4	0	149,40	149,40
HMNJ002	1	0	480,20	383,85
HMNJ002	4	0	125,40	125,40
HMNJ003	1	0	383,85	383,85
HMNJ003	4	0	132,22	132,22
HMNM001	1	0	265,04	259,06
HMNM001	4	0	125,40	125,40
HMPE001	1	0	313,50	313,50
HMPE001	4	0	149,40	149,40
HMQA001	1	0	116,38	41,80
HMQA001	4	0	19,20	19,20
HMQE001	1	0	133,01	101,33
HMQG002	1	0	261,13	192,00
HMQH001	1	0	321,71	321,71
HMQH001	4	0	59,02	59,02
HMQH002	1	0	258,19	258,19
HMQH003	1	0	313,75	313,75
HMQH003	4	0	149,40	149,40
HMQH004	1	0	57,19	57,19
HMQH005	1	0	207,70	207,70
HMQH006	1	0	57,19	57,19
HMQH007	1	0	200,89	200,89
HMQJ001	1	0	245,94	245,94
HMQJ001	4	0	60,11	60,11
HMQJ002	1	0	274,87	274,87

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HMQJ002	4	0	62,68	62,68
HMQL001	1	0	268,87	268,87
HMQX004	1	0	76,77	76,77
HMQX005	1	0	84,54	84,54
HNAE001	1	0	365,94	365,94
HNAE001	4	0	149,40	149,40
HNCA001	1	0	374,48	374,48
HNCA001	4	0	249,08	249,08
HNCA002	1	0	635,73	635,73
HNCA002	4	0	390,81	390,81
HNCA003	1	0	727,43	688,92
HNCA003	4	0	443,23	443,23
HNCA004	1	0	538,79	538,79
HNCA004	4	0	384,23	384,23
HNCA005	1	0	411,93	396,20
HNCA005	4	0	278,36	278,36
HNCA006	1	0	479,99	435,68
HNCA006	4	0	288,63	288,63
HNCA007	1	0	465,10	427,05
HNCA007	4	0	278,36	278,36
HNCA008	1	0	374,48	374,48
HNCA008	4	0	249,08	249,08
HNCC021	1	0	403,28	403,28
HNCC021	4	0	273,08	273,08
HNCC033	1	0	440,73	415,64
HNCC033	4	0	302,36	302,36
HNCE001	1	0	258,30	258,30
HNCE001	4	0	117,12	117,12
HNCH001	1	0	125,40	125,40
HNCJ001	1	0	289,39	289,39
HNCJ001	4	0	116,93	116,93
HNFA001	1	0	721,05	575,49
HNFA001	4	0	384,29	384,29
HNFA002	1	0	801,17	621,96
HNFA002	4	0	390,90	390,90
HNFA004	1	0	1 376,17	1 131,02
HNFA004	4	0	646,21	646,21
HNFA005	1	0	508,35	452,13
HNFA005	4	0	356,44	356,44
HNFA006	1	0	908,94	728,36

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HNFA006	4	0	496,78	496,78
HNFA007	1	0	1 263,44	1 021,74
HNFA007	4	0	581,75	581,75
HNFA008	1	0	652,28	535,60
HNFA008	4	0	301,09	301,09
HNFA010	1	0	794,08	661,74
HNFA010	4	0	441,42	441,42
HNFA011	1	0	628,17	521,62
HNFA011	4	0	378,53	378,53
HNFA012	1	0	380,73	378,10
HNFA012	4	0	307,69	307,69
HNFA013	1	0	584,22	540,02
HNFA013	4	0	355,28	355,28
HNFC001	1	0	640,94	541,12
HNFC001	4	0	442,40	442,40
HNFC002	1	0	701,91	608,28
HNFC002	4	0	429,33	429,33
HNFC027	1	0	409,52	406,90
HNFC027	4	0	331,70	331,70
HNFC028	1	0	681,07	564,40
HNFC028	4	0	343,27	343,27
HNGE001	1	0	409,05	409,05
HNGE001	4	0	149,40	149,40
HNJA001	1	0	374,48	374,48
HNJA001	4	0	249,08	249,08
HNJC001	1	0	403,28	403,28
HNJC001	4	0	273,08	273,08
HNKE001	1	0	268,80	268,80
HNKE001	4	0	111,44	111,44
HNLE001	1	0	424,31	424,31
HNLE001	4	0	149,40	149,40
HNPE002	1	0	331,34	331,34
HNPE002	4	0	149,40	149,40
HNPE003	1	0	371,04	371,04
HNPE003	4	0	149,40	149,40
HNQH001	1	0	236,63	236,63
HNQH002	1	0	410,18	410,18
HNQH002	4	0	149,40	149,40
HNQH003	1	0	192,00	192,00
HNQH004	1	0	57,19	57,19

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HNQX004	1	0	68,98	68,98
HNQX006	1	0	172,24	172,24
HNQX007	1	0	138,79	138,79
HNQX008	1	0	105,98	105,98
HPBA001	1	0	496,30	331,74
HPBA001	4	0	129,03	129,03
HPCA001	1	0	313,50	313,50
HPCA001	4	0	158,26	158,26
HPFA001	1	0	251,89	189,99
HPFA001	4	0	116,20	116,20
HPFA003	1	0	272,97	202,21
HPFA003	4	0	111,06	111,06
HPFA004	1	0	197,81	158,62
HPFA004	4	0	109,97	109,97
HPFC001	1	0	274,38	215,13
HPFC001	4	0	138,01	138,01
HPFC002	1	0	238,93	170,83
HPFC002	4	0	122,06	122,06
HPFC007	1	0	280,69	218,79
HPFC007	4	0	140,19	140,19
HPGA001	1	0	104,50	104,50
HPGA001	4	0	62,68	62,68
HPHB001	1	0	96,42	96,25
HPHB002	1	0	29,06	24,93
HPHB003	1	0	28,36	24,51
HPHJ001	1	0	21,45	19,20
HPJB001	1	0	19,20	19,20
HPKA001	1	0	147,10	147,10
HPKA001	4	0	69,65	69,65
HPKA002	1	0	180,29	148,46
HPKA002	4	0	84,31	84,31
HPKB001	1	0	74,63	67,48
HPKC014	1	0	209,09	177,26
HPKC014	4	0	108,31	108,31
HPLA001	1	0	127,77	127,77
HPLA004	1	0	141,80	126,14
HPLA005	1	0	117,61	112,11
HPLA005	4	0	71,11	71,11
HPLB004	1	0	85,37	73,70
HPLC035	1	0	146,42	140,91
HPLC035	4	0	95,11	95,11
HPMA002	1	0	874,20	682,60
HPMA002	4	0	229,90	229,90
HPMA003	1	0	606,90	505,62
HPMA003	4	0	209,00	209,00
HPMB001	1	0	45,60	34,51
HPML001	1	0	106,11	106,11
HPMP002	1	0	19,95	19,95
HPNA001	1	0	149,47	130,58
HPNA001	4	0	85,40	85,40
HPNC001	1	0	159,16	124,57
HPNC001	4	0	87,61	87,61
HPPA001	1	0	147,40	129,38
HPPA001	4	0	66,72	66,72
HPPA002	1	0	273,67	241,76
HPPA002	4	0	158,58	158,58
HPPA003	1	0	268,50	225,95
HPPA003	4	0	89,44	89,44
HPPC001	1	0	168,85	130,19
HPPC001	4	0	69,65	69,65
HPPC002	1	0	268,50	238,04
HPPC002	4	0	114,47	114,47
HPPC003	1	0	270,84	252,21
HPPC003	4	0	179,89	179,89
HPQC001	1	0	123,18	95,63
HPQC001	4	0	48,00	48,00
HPQL001	1	0	268,87	268,87
HPQX005	1	0	60,58	60,58
HPSA001	1	0	201,87	201,87
HPSA001	4	0	113,27	113,27
HPSC001	1	0	201,87	201,87
HPSC001	4	0	135,24	135,24
HQQE001	1	0	52,36	52,34
HQQH002	1	0	46,55	46,55
HQQP001	1	0	59,24	59,24
HQRP001	1	0	46,19	46,19
HTQD002	1	0	71,69	71,69
HTQH002	1	0	86,45	86,45
HTRD001	1	0	48,43	33,74
HTRD002	1	0	62,73	42,02

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
HZMP002	1	0	19,95	19,95
HZQM001	1	0	56,70	56,70
JACA001	1	0	330,39	274,66
JACA001	4	0	155,89	155,89
JACA002	1	0	204,90	189,07
JACA002	4	0	115,83	115,83
JACH001	1	0	167,20	167,20
JACH002	1	0	167,20	167,20
JACH003	1	0	167,20	167,20
JADA001	1	0	264,46	206,05
JADA001	4	0	107,04	107,04
JAEA002	1	0	830,24	700,98
JAEA002	4	0	312,46	312,46
JAFA001	1	0	554,44	478,86
JAFA001	4	0	249,08	249,08
JAFA002	1	0	409,09	337,86
JAFA002	4	0	153,85	153,85
JAFA003	1	0	730,27	580,84
JAFA003	4	0	271,77	271,77
JAFA004	1	0	370,10	284,88
JAFA004	4	0	148,45	148,45
JAFA005	1	0	964,95	756,81
JAFA005	4	0	335,14	335,14
JAFA006	1	0	1 098,95	922,31
JAFA006	4	0	339,51	339,51
JAFA007	1	0	243,90	211,68
JAFA007	4	0	130,49	130,49
JAFA008	1	0	593,43	462,34
JAFA008	4	0	212,47	212,47
JAFA009	1	0	532,46	426,97
JAFA009	4	0	192,67	192,67
JAFA010	1	0	421,15	344,85
JAFA010	4	0	155,32	155,32
JAFA011	1	0	1 063,50	839,95
JAFA011	4	0	360,39	360,39
JAFA012	1	0	663,62	542,19
JAFA012	4	0	249,08	249,08
JAFA014	1	0	835,91	681,97
JAFA014	4	0	366,67	366,67
JAFA015	1	0	319,76	303,60
JAFA015	4	0	207,33	207,33
JAFA016	1	0	528,91	451,24
JAFA016	4	0	428,00	428,00
JAFA017	1	0	544,61	544,61
JAFA017	4	0	218,59	218,59
JAFA018	1	0	445,25	376,39
JAFA018	4	0	155,89	155,89
JAFA019	1	0	656,53	498,93
JAFA019	4	0	212,10	212,10
JAFA020	1	0	406,69	406,69
JAFA020	4	0	218,59	218,59
JAFA021	1	0	755,09	595,23
JAFA021	4	0	280,56	280,56
JAFA022	1	0	902,56	746,60
JAFA022	4	0	348,29	348,29
JAFA023	1	0	409,09	337,86
JAFA023	4	0	153,85	153,85
JAFA024	1	0	473,61	392,84
JAFA024	4	0	191,20	191,20
JAFA025	1	0	960,70	780,32
JAFA025	4	0	350,49	350,49
JAFA026	1	0	470,56	470,56
JAFA026	4	0	213,93	213,93
JAFA027	1	0	494,42	494,42
JAFA027	4	0	447,43	447,43
JAFA028	1	0	894,05	715,69
JAFA028	4	0	377,66	377,66
JAFA029	1	0	589,89	460,28
JAFA029	4	0	202,20	202,20
JAFA030	1	0	478,58	395,71
JAFA030	4	0	195,24	195,24
JAFA031	1	0	738,78	585,77
JAFA031	4	0	279,47	279,47
JAFA032	1	0	665,75	543,42
JAFA032	4	0	256,37	256,37
JAFC001	1	0	793,37	629,53
JAFC001	4	0	298,71	298,71
JAFC002	1	0	609,74	523,03
JAFC002	4	0	273,08	273,08
JAFC004	1	0	643,29	643,29

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JAFC004	4	0	577,55	577,55
JAFC005	1	0	667,88	517,61
JAFC005	4	0	259,56	259,56
JAFC006	1	0	665,04	498,41
JAFC006	4	0	250,08	250,08
JAFC007	1	0	803,30	635,29
JAFC007	4	0	297,24	297,24
JAFC008	1	0	365,84	294,51
JAFC008	4	0	143,87	143,87
JAFC010	1	0	752,96	593,87
JAFC010	4	0	247,33	247,33
JAFC019	1	0	682,06	537,95
JAFC019	4	0	215,05	215,05
JAGA001	1	0	307,71	296,61
JAGA001	4	0	176,91	176,91
JAGA002	1	0	638,10	488,24
JAGA002	4	0	187,91	187,91
JAGA003	1	0	753,67	555,26
JAGA003	4	0	171,78	171,78
JAGA004	1	0	533,88	427,79
JAGA004	4	0	214,66	214,66
JAGA005	1	0	753,67	555,26
JAGA005	4	0	187,91	187,91
JAGA006	1	0	638,10	488,24
JAGA006	4	0	171,78	171,78
JAGC001	1	0	378,61	337,73
JAGC001	4	0	155,89	155,89
JAGD001	1	0	540,26	431,49
JAGD001	4	0	155,89	155,89
JAGD002	1	0	531,75	426,56
JAGD002	4	0	155,89	155,89
JAGF001	1	0	620,38	477,96
JAGF001	4	0	157,12	157,12
JAGF002	1	0	471,49	391,60
JAGF002	4	0	155,89	155,89
JAGF003	1	0	620,38	477,96
JAGF003	4	0	157,12	157,12
JAHA001	1	0	133,29	129,97
JAHA001	4	0	87,24	87,24
JAHB001	1	0	65,72	65,72
JAHC001	1	0	154,20	154,20
JAHC001	4	0	90,13	90,13
JAHH001	1	0	57,60	57,60
JAHH002	1	0	102,68	76,80
JAHJ002	1	0	57,60	57,60
JAHJ004	1	0	112,73	57,60
JAHJ005	1	0	92,88	57,60
JAHJ006	1	0	76,80	76,80
JAHJ007	1	0	76,80	76,80
JAKD001	1	0	48,21	48,12
JAMA001	1	0	125,40	125,40
JAMA002	1	0	613,99	491,82
JAMA002	4	0	203,26	203,26
JAMB001	1	0	125,40	125,40
JANE002	1	0	471,49	369,33
JANE002	4	0	140,94	140,94
JANE005	1	0	428,95	336,01
JANE005	4	0	137,78	137,78
JANH001	1	0	86,40	86,40
JANH002	1	0	57,60	57,60
JANJ002	1	0	250,80	250,80
JANJ002	4	0	125,40	125,40
JANM001	1	0	250,80	250,80
JANM001	4	0	125,40	125,40
JANM002	1	0	250,80	250,80
JANM002	4	0	125,40	125,40
JAPA001	1	0	538,13	417,45
JAPA001	4	0	166,30	166,30
JAPC018	1	0	567,20	374,42
JAPC018	4	0	190,30	190,30
JAQH003	1	0	57,60	57,60
JAQJ001	1	0	56,70	56,70
JAQL001	1	0	327,30	327,30
JAQL002	1	0	268,87	268,87
JAQL003	1	0	327,30	327,30
JAQL004	1	0	337,94	337,94
JAQL005	1	0	380,36	380,36
JAQL006	1	0	337,94	337,94
JAQL007	1	0	406,89	406,89
JAQM001	1	0	69,93	69,93

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JAQM002	1	0	69,93	69,93
JAQM003	1	0	52,45	52,45
JAQM004	1	0	52,45	52,45
JAQX004	1	0	127,38	127,38
JAQX005	1	0	87,85	87,85
JAQX006	1	0	60,00	60,00
JASA001	1	0	349,54	285,76
JASA001	4	0	206,23	206,23
JBCA001	1	0	241,06	210,04
JBCA001	4	0	115,09	115,09
JBFA001	1	0	577,84	453,29
JBFA001	4	0	161,15	161,15
JBFA002	1	0	426,82	348,14
JBFA002	4	0	195,26	195,26
JBFC001	1	0	776,36	562,97
JBFC001	4	0	225,15	225,15
JBFE001	1	0	466,52	388,73
JBFE001	4	0	155,89	155,89
JBHE001	1	0	318,34	267,66
JBHE001	4	0	114,09	114,09
JBMA001	1	0	348,83	302,90
JBMA001	4	0	149,44	149,44
JBMC001	1	0	636,68	481,96
JBMC001	4	0	176,01	176,01
JBNE004	1	0	471,49	379,03
JBNE004	4	0	119,46	119,46
JBPE001	1	0	314,80	274,39
JBPE001	4	0	124,54	124,54
JBPE002	1	0	581,38	429,01
JBPE002	4	0	124,54	124,54
JBPG001	1	0	483,54	372,26
JBPG001	4	0	141,01	141,01
JBPH001	1	0	218,59	218,59
JBPH001	4	0	124,54	124,54
JBQE001	1	0	339,61	315,12
JBQE001	4	0	155,89	155,89
JBQG001	1	0	398,46	349,25
JBQG001	4	0	155,89	155,89
JBQG002	1	0	358,05	325,81
JBQG002	4	0	155,89	155,89

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JBQH001	1	0	46,55	46,55
JBQH002	1	0	46,55	46,55
JBQH003	1	0	46,55	46,55
JBQL001	1	0	268,87	268,87
JCAD001	1	0	244,61	224,90
JCAD001	4	0	114,09	114,09
JCAE001	1	0	284,31	247,92
JCAE001	4	0	114,09	114,09
JCAF001	1	0	402,00	316,19
JCAF001	4	0	114,09	114,09
JCAH001	1	0	166,62	86,40
JCAH001	4	0	76,61	76,61
JCCA002	1	0	218,37	196,88
JCCA002	4	0	141,86	141,86
JCCA003	1	0	263,75	240,76
JCCA003	4	0	112,83	112,83
JCCA005	1	0	521,12	390,03
JCCA005	4	0	152,78	152,78
JCCA006	1	0	577,13	535,91
JCCA006	4	0	289,36	289,36
JCCA007	1	0	333,94	281,46
JCCA007	4	0	127,12	127,12
JCCA008	1	0	546,64	439,94
JCCA008	4	0	162,31	162,31
JCCA009	1	0	509,77	308,25
JCCA009	4	0	171,11	171,11
JCCA010	1	0	319,30	319,30
JCCA010	4	0	171,11	171,11
JCCA011	1	0	583,48	583,48
JCCA011	4	0	332,68	332,68
JCCA012	1	0	743,05	743,05
JCCA012	4	0	332,68	332,68
JCCA013	1	0	413,35	327,52
JCCA013	4	0	185,38	185,38
JCCA014	1	0	575,71	456,81
JCCA014	4	0	160,84	160,84
JCCB001	1	0	167,20	167,20
JCCC001	1	0	332,52	275,18
JCCC001	4	0	209,48	209,48
JCCC002	1	0	665,04	599,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JCCC002	4	0	333,89	333,89
JCCC003	1	0	536,71	411,17
JCCC003	4	0	180,82	180,82
JCEA001	1	0	531,23	531,23
JCEA001	4	0	343,13	343,13
JCEA002	1	0	374,48	374,48
JCEA002	4	0	249,08	249,08
JCEA003	1	0	522,50	522,50
JCEA003	4	0	271,70	271,70
JCEA004	1	0	374,48	374,48
JCEA004	4	0	249,08	249,08
JCEA005	1	0	374,48	374,48
JCEA005	4	0	249,08	249,08
JCEC006	1	0	497,72	403,28
JCEC006	4	0	273,08	273,08
JCEC011	1	0	618,50	581,85
JCEC011	4	0	385,31	385,31
JCEE001	1	0	116,28	103,73
JCEE001	4	0	70,01	70,01
JCFA001	1	0	285,73	266,31
JCFA001	4	0	137,34	137,34
JCFA002	1	0	375,06	305,32
JCFA002	4	0	126,75	126,75
JCFA003	1	0	396,33	317,65
JCFA003	4	0	127,49	127,49
JCFA004	1	0	663,12	663,12
JCFA004	4	0	343,13	343,13
JCFA005	1	0	577,84	492,43
JCFA005	4	0	249,08	249,08
JCFA006	1	0	531,23	531,23
JCFA006	4	0	343,13	343,13
JCFA007	1	0	406,97	393,32
JCFA007	4	0	249,08	249,08
JCFA008	1	0	573,58	489,96
JCFA008	4	0	249,08	249,08
JCFA009	1	0	488,50	440,62
JCFA009	4	0	249,08	249,08
JCFA010	1	0	507,64	451,71
JCFA010	4	0	249,08	249,08
JCFC001	1	0	332,52	305,55

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JCFC001	4	0	173,81	173,81
JCFD001	1	0	293,53	253,28
JCFD001	4	0	114,09	114,09
JCFE001	1	0	406,26	318,66
JCFE001	4	0	131,86	131,86
JCFE002	1	0	316,21	266,43
JCFE002	4	0	114,09	114,09
JCFE003	1	0	380,02	303,44
JCFE003	4	0	114,09	114,09
JCFF001	1	0	472,19	356,91
JCFF001	4	0	120,50	120,50
JCGA001	1	0	309,83	280,29
JCGA001	4	0	142,83	142,83
JCGA002	1	0	269,42	239,29
JCGA002	4	0	127,83	127,83
JCGA003	1	0	199,94	198,99
JCGA003	4	0	116,83	116,83
JCGC001	1	0	332,52	305,55
JCGC001	4	0	167,58	167,58
JCGC002	1	0	332,52	287,99
JCGC002	4	0	165,77	165,77
JCGC003	1	0	332,52	287,99
JCGC003	4	0	165,77	165,77
JCGE001	1	0	317,63	267,26
JCGE001	4	0	114,09	114,09
JCGE002	1	0	345,28	283,30
JCGE002	4	0	115,73	115,73
JCGE003	1	0	48,00	48,00
JCGE004	1	0	48,00	48,00
JCGE005	1	0	348,83	285,35
JCGE005	4	0	114,09	114,09
JCGE006	1	0	392,08	327,99
JCGE006	4	0	134,99	134,99
JCGG001	1	0	618,96	477,14
JCGG001	4	0	155,89	155,89
JCGH001	1	0	415,47	281,29
JCGH001	4	0	155,89	155,89
JCGH002	1	0	56,01	38,40
JCGH003	1	0	147,47	86,40
JCGH004	1	0	197,69	197,69

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JCGH004	4	0	114,09	114,09
JCGH005	1	0	308,42	197,69
JCGH005	4	0	117,57	117,57
JCKA001	1	0	667,17	531,43
JCKA001	4	0	202,18	202,18
JCKA002	1	0	730,98	568,45
JCKA002	4	0	202,18	202,18
JCKD001	1	0	48,21	48,12
JCKE001	1	0	107,06	98,38
JCKE001	4	0	57,18	57,18
JCKE002	1	0	90,75	88,93
JCKE002	4	0	53,89	53,89
JCKH001	1	0	86,40	86,40
JCLD001	1	0	133,29	113,59
JCLE001	1	0	86,40	86,40
JCLE001	4	0	63,73	63,73
JCLE002	1	0	101,39	95,10
JCLE002	4	0	53,52	53,52
JCLE003	1	0	79,41	66,21
JCLE003	4	0	63,96	63,96
JCLE004	1	0	110,60	104,47
JCLE004	4	0	67,63	67,63
JCLH001	1	0	219,79	86,40
JCMA001	1	0	665,04	473,50
JCMA001	4	0	207,74	207,74
JCMA002	1	0	757,03	757,03
JCMA002	4	0	332,68	332,68
JCMA003	1	0	519,57	519,57
JCMA003	4	0	277,63	277,63
JCMA004	1	0	339,61	284,75
JCMA004	4	0	146,91	146,91
JCMA005	1	0	1 223,73	998,72
JCMA005	4	0	374,48	374,48
JCND001	1	0	241,77	223,26
JCND001	4	0	114,09	114,09
JCNE001	1	0	197,69	197,69
JCNE001	4	0	114,09	114,09
JCNE002	1	0	229,72	216,27
JCNE002	4	0	114,09	114,09
JCNE003	1	0	309,83	262,74
JCNE003	4	0	114,09	114,09
JCNE004	1	0	336,78	278,36
JCNE004	4	0	114,09	114,09
JCNF001	1	0	295,22	295,22
JCNF001	4	0	114,09	114,09
JCNM001	1	0	250,80	250,80
JCNM001	4	0	125,40	125,40
JCNM002	1	0	250,80	250,80
JCNM002	4	0	125,40	125,40
JCPA001	1	0	428,24	331,41
JCPA001	4	0	149,45	149,45
JCPA002	1	0	358,05	290,70
JCPA002	4	0	133,69	133,69
JCPA003	1	0	476,45	364,12
JCPA003	4	0	142,51	142,51
JCPC001	1	0	460,85	362,42
JCPC001	4	0	192,16	192,16
JCPC002	1	0	332,52	287,99
JCPC002	4	0	176,03	176,03
JCPD001	1	0	324,72	271,37
JCPD001	4	0	124,90	124,90
JCPE001	1	0	199,94	152,25
JCPE001	4	0	72,70	72,70
JCPE002	1	0	110,60	100,44
JCPE002	4	0	63,19	63,19
JCQE001	1	0	197,69	197,69
JCQE001	4	0	114,09	114,09
JCQE002	1	0	278,64	244,64
JCQE002	4	0	114,09	114,09
JCQE003	1	0	224,75	213,39
JCQE003	4	0	114,09	114,09
JCQE004	1	0	426,82	330,58
JCQE004	4	0	125,27	125,27
JCQX004	1	0	53,65	53,65
JCSA001	1	0	496,30	393,20
JCSA001	4	0	169,99	169,99
JCSA002	1	0	358,65	358,65
JCSA002	4	0	164,12	164,12
JCSA003	1	0	360,17	296,68
JCSA003	4	0	148,75	148,75

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JCSA004	1	0	436,74	358,65
JCSA004	4	0	167,42	167,42
JCSA005	1	0	451,63	367,28
JCSA005	4	0	155,70	155,70
JDAD001	1	0	86,40	86,40
JDCA001	1	0	506,94	381,80
JDCA001	4	0	192,99	192,99
JDCA002	1	0	128,33	127,10
JDCA002	4	0	78,44	78,44
JDCA003	1	0	197,69	197,69
JDCA003	4	0	155,89	155,89
JDCA004	1	0	653,70	515,21
JDCA004	4	0	243,11	243,11
JDCC016	1	0	226,49	226,49
JDCC016	4	0	179,89	179,89
JDCJ001	1	0	125,40	125,40
JDDA002	1	0	197,69	197,69
JDDA002	4	0	120,87	120,87
JDDA003	1	0	216,25	212,49
JDDA003	4	0	129,85	129,85
JDDA004	1	0	310,54	263,14
JDDA004	4	0	128,57	128,57
JDDA005	1	0	255,95	231,48
JDDA005	4	0	118,31	118,31
JDDA006	1	0	281,29	281,29
JDDA006	4	0	131,49	131,49
JDDA007	1	0	281,29	281,29
JDDA007	4	0	131,49	131,49
JDDA008	1	0	207,29	207,29
JDDA008	4	0	131,68	131,68
JDDB005	1	0	207,29	207,29
JDDB005	4	0	127,64	127,64
JDDB007	1	0	207,29	207,29
JDDB007	4	0	127,64	127,64
JDDC002	1	0	258,08	232,72
JDDC002	4	0	123,08	123,08
JDFA001	1	0	863,56	702,04
JDFA001	4	0	255,27	255,27
JDFA002	1	0	313,50	313,50
JDFA002	4	0	152,01	152,01

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JDFA003	1	0	1 197,50	983,50
JDFA003	4	0	367,72	367,72
JDFA004	1	0	1 134,40	955,68
JDFA004	4	0	395,38	395,38
JDFA005	1	0	645,90	575,79
JDFA005	4	0	249,08	249,08
JDFA006	1	0	1 240,04	1 008,18
JDFA006	4	0	374,48	374,48
JDFA007	1	0	212,70	193,60
JDFA007	4	0	90,57	90,57
JDFA008	1	0	1 065,63	907,01
JDFA008	4	0	343,13	343,13
JDFA009	1	0	940,13	790,34
JDFA009	4	0	290,88	290,88
JDFA010	1	0	606,20	439,37
JDFA010	2	0	516,16	516,16
JDFA010	4	0	161,98	161,98
JDFA011	1	0	250,80	250,80
JDFA011	4	0	145,77	145,77
JDFA012	1	0	606,20	439,37
JDFA012	4	0	289,61	289,61
JDFA013	1	0	565,89	565,89
JDFA013	4	0	360,28	360,28
JDFA014	1	0	554,44	453,24
JDFA014	4	0	192,51	192,51
JDFA015	1	0	1 418,00	1 133,33
JDFA015	4	0	426,73	426,73
JDFA016	1	0	1 498,12	1 157,86
JDFA016	4	0	374,48	374,48
JDFA017	1	0	565,07	537,69
JDFA017	4	0	311,78	311,78
JDFA018	1	0	250,80	250,80
JDFA018	4	0	115,37	115,37
JDFA019	1	0	871,81	871,81
JDFA019	4	0	405,83	405,83
JDFA020	1	0	1 308,81	1 096,34
JDFA020	4	0	411,28	411,28
JDFA021	1	0	1 608,01	1 331,33
JDFA021	4	0	510,33	510,33
JDFA022	1	0	1 292,51	1 130,78

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JDFA022	4	0	489,43	489,43
JDFA023	1	0	921,70	832,32
JDFA023	4	0	384,93	384,93
JDFA024	1	0	886,96	829,72
JDFA024	4	0	395,38	395,38
JDFA025	1	0	1 120,22	986,96
JDFA025	4	0	405,83	405,83
JDFC001	1	0	342,30	342,30
JDFC001	4	0	149,40	149,40
JDFC023	1	0	279,60	279,60
JDFC023	4	0	169,77	169,77
JDFE001	1	0	236,10	207,16
JDFE001	4	0	100,80	100,80
JDFE002	1	0	177,96	173,44
JDFE002	4	0	82,47	82,47
JDFE003	1	0	281,29	281,29
JDFE003	4	0	155,89	155,89
JDGE001	1	0	139,67	133,68
JDGE001	4	0	76,61	76,61
JDHE001	1	0	87,21	86,87
JDHE001	4	0	48,39	48,39
JDHE002	1	0	44,67	38,01
JDHE002	4	0	48,00	48,00
JDHE003	1	0	106,35	97,97
JDHE003	4	0	55,35	55,35
JDJD001	1	0	21,98	16,78
JDJD002	1	0	48,21	31,69
JDJE001	1	0	90,04	88,51
JDJE001	4	0	76,24	76,24
JDKD001	1	0	33,32	23,36
JDKD002	1	0	18,43	14,73
JDLA001	1	0	474,32	327,77
JDLA001	4	0	48,00	48,00
JDLD001	1	0	18,43	14,73
JDLD002	1	0	39,70	32,71
JDLE332	1	0	127,62	127,62
JDLF001	1	0	63,81	49,10
JDMA001	1	0	583,48	583,48
JDMA001	4	0	332,68	332,68
JDMA002	1	0	740,23	740,23
JDMA002	4	0	426,73	426,73
JDMA003	1	0	304,16	259,45
JDMA003	4	0	120,87	120,87
JDNE001	1	0	106,35	106,04
JDNE001	4	0	79,91	79,91
JDNM001	1	0	185,76	160,41
JDPA001	1	0	273,67	211,40
JDPA001	4	0	123,17	123,17
JDPA002	1	0	128,33	127,10
JDPA002	4	0	104,84	104,84
JDPE001	1	0	199,94	152,25
JDPE002	1	0	250,80	250,80
JDPE002	4	0	104,50	104,50
JDQD001	1	0	137,17	117,86
JDQD002	1	0	144,26	130,04
JDQD003	1	0	142,84	115,10
JDQD004	1	0	179,00	144,14
JDQD005	1	0	183,96	159,11
JDQD006	1	0	151,35	128,11
JDQD008	1	0	124,41	104,41
JDQD009	1	0	121,57	102,76
JDQE001	1	0	38,40	38,40
JDQE002	1	0	52,47	46,56
JDQE003	1	0	36,00	36,00
JDQF001	1	0	115,90	99,48
JDQF002	1	0	160,57	131,43
JDQH001	1	0	57,19	57,19
JDQH002	1	0	57,19	57,19
JDQH003	1	0	57,19	57,19
JDQJ001	1	0	52,45	52,45
JDQJ002	1	0	52,45	52,45
JDQJ003	1	0	52,45	52,45
JDQL001	1	0	268,87	268,87
JDQM001	1	0	52,45	52,45
JDQX002	1	0	33,60	33,60
JDQX004	1	0	122,46	122,46
JDQX005	1	0	76,62	76,62
JDSA001	1	0	505,34	505,34
JDSA001	2	0	516,16	516,16
JDSA001	4	0	167,20	167,20

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JDSA002	1	0	462,98	386,67
JDSA002	4	0	175,81	175,81
JDSA003	1	0	543,59	543,59
JDSA003	4	0	378,64	378,64
JDSA004	1	0	505,34	505,34
JDSA004	4	0	378,64	378,64
JDSA005	1	0	281,29	281,29
JDSA005	4	0	160,41	160,41
JDSA006	1	0	337,48	313,88
JDSA006	4	0	155,89	155,89
JDSA007	1	0	600,75	600,75
JDSA007	4	0	406,13	406,13
JDSA008	1	0	110,60	99,26
JDSA008	4	0	81,74	81,74
JDSA009	1	0	543,59	543,59
JDSA009	2	0	516,16	516,16
JDSA009	4	0	167,20	167,20
JDSA010	1	0	325,34	325,34
JDSA010	4	0	119,04	119,04
JDSA011	1	0	567,20	447,12
JDSA011	4	0	195,97	195,97
JDSC024	1	0	366,27	342,68
JDSC024	4	0	179,89	179,89
JEAA001	1	0	379,32	325,34
JEAA001	4	0	111,35	111,35
JEAD001	1	0	48,21	36,02
JEAH001	1	0	84,37	19,20
JECA001	1	0	180,09	157,12
JECA001	4	0	73,31	73,31
JECA002	1	0	253,11	217,03
JECA002	4	0	82,84	82,84
JECE001	1	0	99,26	97,90
JECE001	4	0	73,31	73,31
JEEE001	1	0	192,14	147,72
JEEE001	4	0	72,57	72,57
JEFA001	1	0	241,06	210,04
JEFA001	4	0	89,44	89,44
JEFA002	1	0	221,92	198,94
JEFA002	4	0	85,04	85,04
JEFA003	1	0	70,90	67,46
JEFA003	4	0	60,11	60,11
JEFA004	1	0	213,41	176,44
JEFA004	4	0	74,05	74,05
JEFA005	1	0	268,00	260,78
JEFA005	4	0	106,21	106,21
JEFA007	1	0	268,00	225,66
JEFA007	4	0	88,71	88,71
JEFA008	1	0	256,66	219,08
JEFA008	4	0	88,34	88,34
JEFA009	1	0	477,87	382,50
JEFA009	4	0	126,00	126,00
JEFA010	1	0	550,18	446,38
JEFA010	4	0	144,88	144,88
JEFA011	1	0	477,87	382,50
JEFA011	4	0	126,00	126,00
JEFA012	1	0	513,01	513,01
JEFA012	4	0	160,28	160,28
JEFE001	1	0	173,71	141,07
JEFE001	4	0	76,98	76,98
JEFE003	1	0	130,46	115,98
JEFE003	4	0	74,41	74,41
JEFE004	1	0	153,14	129,15
JEFE004	4	0	62,31	62,31
JEFE005	1	0	121,95	111,05
JEFE005	4	0	111,80	111,80
JEGA002	1	0	197,69	197,69
JEGA002	4	0	116,10	116,10
JEGA003	1	0	155,98	143,14
JEGA003	4	0	75,14	75,14
JEGA004	1	0	277,22	243,81
JEGA004	4	0	103,64	103,64
JEGA005	1	0	277,22	243,81
JEGA005	4	0	121,97	121,97
JEGB005	1	0	106,35	93,53
JEGE001	1	0	95,72	91,80
JEGE002	1	0	96,00	96,00
JEGE002	4	0	67,44	67,44
JEGE003	1	0	109,90	104,06
JEGE003	4	0	70,01	70,01
JEGE004	1	0	96,00	96,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JEGE004	4	0	69,28	69,28
JEHD001	1	0	10,64	8,59
JEHE001	1	0	79,41	58,15
JEHE001	4	0	48,00	48,00
JEHE002	1	0	73,74	54,86
JEKA002	1	0	486,37	387,43
JEKA002	4	0	130,05	130,05
JEKA005	1	0	212,70	206,39
JEKA005	4	0	120,87	120,87
JEKA006	1	0	354,50	310,95
JEKA006	4	0	130,05	130,05
JEKA007	1	0	354,50	310,95
JEKA007	4	0	83,60	83,60
JEKA008	1	0	564,36	432,67
JEKA008	4	0	142,15	142,15
JEKA009	1	0	564,36	432,67
JEKA009	4	0	142,15	142,15
JEKA010	1	0	276,51	243,41
JEKA010	4	0	121,24	121,24
JEKB006	1	0	193,95	193,95
JEKB006	4	0	93,03	93,03
JEKE001	1	0	164,49	135,72
JELA001	1	0	433,91	357,01
JELA001	4	0	130,42	130,42
JELA002	1	0	374,35	322,46
JELA002	4	0	117,96	117,96
JELA003	1	0	433,91	357,01
JELA003	4	0	83,60	83,60
JELA004	1	0	665,04	491,06
JELA004	4	0	173,31	173,31
JELB003	1	0	250,28	215,13
JELB003	4	0	90,16	90,16
JELD001	1	0	96,00	96,00
JELE001	1	0	96,00	96,00
JELE001	4	0	48,00	48,00
JELE002	1	0	120,53	110,22
JELE002	4	0	73,31	73,31
JELE003	1	0	132,58	117,22
JELE003	4	0	72,57	72,57
JEMA001	1	0	722,47	699,21

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JEMA001	4	0	369,26	369,26
JEMA002	1	0	482,83	385,38
JEMA002	4	0	132,99	132,99
JEMA003	1	0	88,63	86,52
JEMA003	4	0	67,44	67,44
JEMA004	1	0	291,40	274,35
JEMA004	4	0	102,56	102,56
JEMA005	1	0	489,92	389,49
JEMA005	4	0	130,05	130,05
JEMA006	1	0	572,87	432,86
JEMA006	4	0	179,61	179,61
JEMA007	1	0	489,92	389,49
JEMA007	4	0	130,05	130,05
JEMA009	1	0	177,25	173,03
JEMA009	4	0	92,01	92,01
JEMA010	1	0	489,92	389,49
JEMA010	4	0	130,05	130,05
JEMA011	1	0	80,12	64,02
JEMA011	4	0	72,97	72,97
JEMA012	1	0	190,72	180,84
JEMA012	4	0	88,34	88,34
JEMA013	1	0	66,65	56,21
JEMA013	4	0	61,61	61,61
JEMA014	1	0	267,29	238,06
JEMA014	4	0	125,72	125,72
JEMA015	1	0	264,46	258,72
JEMA015	4	0	109,52	109,52
JEMA016	1	0	127,49	127,49
JEMA016	4	0	82,10	82,10
JEMA017	1	0	56,01	50,04
JEMA017	4	0	59,74	59,74
JEMA018	1	0	642,35	564,96
JEMA018	4	0	285,66	285,66
JEMA019	1	0	505,52	393,79
JEMA019	4	0	151,38	151,38
JEMA020	1	0	425,40	347,32
JEMA020	4	0	126,45	126,45
JEMA021	1	0	225,46	213,79
JEMA021	4	0	121,69	121,69
JEMA022	1	0	260,91	256,67

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JEMA022	4	0	108,79	108,79
JEMA023	1	0	489,92	389,49
JEMA023	4	0	130,05	130,05
JENE001	1	0	116,99	108,18
JENE001	4	0	75,14	75,14
JEPA001	1	0	212,70	193,60
JEPA001	4	0	90,54	90,54
JEPA006	1	0	212,70	193,60
JEPA006	4	0	90,54	90,54
JEPA007	1	0	221,92	198,94
JEPA007	4	0	81,38	81,38
JEPD001	1	0	41,80	41,80
JEPD001	4	0	68,18	68,18
JEPD002	1	0	41,80	41,80
JEPD002	4	0	67,81	67,81
JEPE001	1	0	111,31	104,88
JEPE001	4	0	76,61	76,61
JEPE002	1	0	98,55	97,48
JEPE002	4	0	74,41	74,41
JEPH001	1	0	121,95	96,00
JEPH001	4	0	83,57	83,57
JEQD001	1	0	80,45	58,75
JEQD002	1	0	80,45	54,72
JEQX005	1	0	68,31	68,31
JESA001	1	0	776,36	555,62
JESA001	4	0	138,83	138,83
JESA003	1	0	250,80	250,80
JESA003	4	0	104,50	104,50
JESA004	1	0	555,86	427,73
JESA004	4	0	186,85	186,85
JESA005	1	0	730,27	528,90
JESA005	4	0	142,50	142,50
JFFA001	1	0	1 039,39	883,02
JFFA001	4	0	386,79	386,79
JFFA002	1	0	860,73	854,01
JFFA002	4	0	426,73	426,73
JFFA003	1	0	1 215,94	1 038,08
JFFA003	4	0	426,73	426,73
JFFA004	1	0	860,73	766,23
JFFA004	4	0	384,93	384,93
JFFA005	1	0	835,91	751,84
JFFA005	4	0	384,93	384,93
JFFA006	1	0	1 008,91	808,28
JFFA006	4	0	318,63	318,63
JFFA007	1	0	370,81	311,63
JFFA007	4	0	133,68	133,68
JFFA008	1	0	1 257,77	1 053,57
JFFA008	4	0	449,06	449,06
JFFA009	1	0	960,88	960,88
JFFA009	4	0	403,60	403,60
JFFA010	1	0	649,44	577,85
JFFA010	4	0	229,27	229,27
JFFA011	1	0	1 495,99	1 244,40
JFFA011	4	0	495,98	495,98
JFFA012	1	0	280,95	233,18
JFFA012	4	0	115,39	115,39
JFFA013	1	0	1 559,80	1 281,42
JFFA013	4	0	504,04	504,04
JFFA014	1	0	280,95	233,18
JFFA014	4	0	100,00	100,00
JFFA015	1	0	633,85	494,91
JFFA015	4	0	393,50	393,50
JFFA016	1	0	1 382,55	1 134,72
JFFA016	4	0	459,28	459,28
JFFA017	1	0	507,64	399,77
JFFA017	4	0	346,76	346,76
JFFA018	1	0	813,93	717,14
JFFA018	4	0	361,49	361,49
JFFA019	1	0	1 178,72	1 178,72
JFFA019	4	0	451,58	451,58
JFFA020	1	0	361,59	315,06
JFFA020	4	0	314,50	314,50
JFFA021	1	0	713,25	614,86
JFFA021	4	0	229,27	229,27
JFFA022	1	0	1 603,05	1 328,44
JFFA022	4	0	510,33	510,33
JFFC001	1	0	236,66	219,59
JFFC001	4	0	124,37	124,37
JFFC002	1	0	729,56	624,32
JFFC002	4	0	248,69	248,69

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JFJA001	1	0	289,27	220,45
JFJA001	4	0	108,13	108,13
JFJC001	1	0	332,52	225,12
JFJC001	4	0	113,26	113,26
JFQA001	1	0	262,33	196,04
JFQA001	4	0	99,34	99,34
JFQC001	1	0	332,52	248,85
JFQC001	4	0	123,34	123,34
JFQX004	1	0	145,25	145,25
JFQX005	1	0	144,99	144,99
JGFA005	1	0	281,29	281,29
JGFA005	4	0	180,18	180,18
JGFA006	1	0	832,37	692,72
JGFA006	4	0	290,88	290,88
JGFA007	1	0	402,00	351,31
JGFA007	4	0	208,41	208,41
JGFA008	1	0	443,83	362,76
JGFA008	4	0	194,91	194,91
JGFA009	1	0	281,29	281,29
JGFA009	4	0	180,18	180,18
JGFA011	1	0	829,53	691,07
JGFA011	4	0	290,88	290,88
JGFA014	1	0	281,29	281,29
JGFA014	4	0	176,79	176,79
JGFA016	1	0	173,71	141,07
JGFA016	4	0	88,71	88,71
JGFC001	1	0	957,15	777,20
JGFC001	4	0	314,88	314,88
JGFC045	1	0	472,63	391,56
JGFC045	4	0	218,91	218,91
JGFE004	1	0	133,29	117,63
JGFE004	4	0	81,74	81,74
JGFE023	1	0	281,29	281,29
JGFE023	4	0	176,79	176,79
JGFE365	1	0	370,10	370,10
JGFE365	4	0	192,85	192,85
JGHB001	1	0	38,40	38,40
JGHB002	1	0	41,12	39,98
JGHD001	1	0	45,38	42,44
JGHJ001	1	0	76,80	76,80
JGHJ002	1	0	76,80	76,80
JGJB001	1	0	104,50	104,50
JGND002	1	0	167,20	167,20
JGNE003	1	0	141,80	141,80
JGNE171	1	0	333,94	333,94
JGNE171	4	0	145,36	145,36
JGNL001	1	0	334,00	334,00
JGNL001	4	0	48,00	48,00
JGQH001	1	0	57,60	57,60
JGQH003	1	0	57,60	57,60
JGQH004	1	0	57,60	57,60
JGQJ001	1	0	56,70	56,70
JGQX001	1	0	75,98	75,98
JGQX004	1	0	146,12	146,12
JGQX005	1	0	147,01	147,01
JHAA001	1	0	632,43	467,39
JHAA001	4	0	178,87	178,87
JHAA002	1	0	332,52	293,45
JHAA002	4	0	121,32	121,32
JHBA001	1	0	86,50	85,28
JHBA001	4	0	62,31	62,31
JHCA001	1	0	186,47	152,04
JHCA001	4	0	90,54	90,54
JHCA002	1	0	319,76	273,24
JHCA002	4	0	105,93	105,93
JHCA003	1	0	125,40	125,40
JHCA004	1	0	167,20	167,20
JHCA004	4	0	93,02	93,02
JHCA005	1	0	350,96	291,34
JHCA005	4	0	109,60	109,60
JHCA006	1	0	87,92	86,10
JHCA006	4	0	64,88	64,88
JHCA007	1	0	309,84	309,84
JHCA007	4	0	129,76	129,76
JHCB001	1	0	38,40	38,40
JHCF001	1	0	83,60	83,60
JHDA001	1	0	125,40	125,40
JHDA001	4	0	62,31	62,31
JHEA001	1	0	246,73	227,89
JHEA001	4	0	129,29	129,29

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JHEA002	1	0	201,87	201,87
JHEA002	4	0	124,54	124,54
JHEA003	1	0	53,88	44,42
JHEA003	4	0	72,00	72,00
JHEA004	1	0	216,95	210,62
JHEA004	4	0	137,74	137,74
JHEA005	1	0	921,70	675,04
JHEA005	4	0	183,00	183,00
JHEA006	1	0	303,45	263,78
JHEA006	4	0	108,52	108,52
JHEA007	1	0	212,70	211,15
JHEA007	4	0	90,17	90,17
JHEA008	1	0	265,88	241,99
JHEA008	4	0	100,43	100,43
JHEA009	1	0	87,21	85,69
JHEA009	4	0	66,72	66,72
JHEA010	1	0	156,75	156,75
JHEA010	4	0	76,80	76,80
JHEA011	1	0	209,00	209,00
JHEA011	4	0	73,96	73,96
JHEA012	1	0	265,88	206,88
JHEA012	4	0	69,65	69,65
JHFA001	1	0	83,60	83,60
JHFA001	4	0	59,74	59,74
JHFA002	1	0	70,90	58,68
JHFA002	4	0	60,85	60,85
JHFA003	1	0	158,82	127,22
JHFA003	4	0	84,68	84,68
JHFA004	1	0	83,60	83,60
JHFA004	4	0	72,22	72,22
JHFA005	1	0	99,26	92,69
JHFA005	4	0	65,61	65,61
JHFA006	1	0	123,37	106,66
JHFA006	4	0	72,57	72,57
JHFA007	1	0	165,91	148,90
JHFA007	4	0	84,68	84,68
JHFA008	1	0	134,71	130,80
JHFA008	4	0	74,41	74,41
JHFA009	1	0	75,15	69,92
JHFA009	4	0	60,85	60,85

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JHFA010	1	0	125,40	125,40
JHFA010	4	0	91,09	91,09
JHFA011	1	0	399,17	336,85
JHFA011	4	0	138,07	138,07
JHFA012	1	0	95,72	90,63
JHFA012	4	0	81,01	81,01
JHFA013	1	0	90,75	87,75
JHFA013	4	0	64,88	64,88
JHFA014	1	0	94,30	89,80
JHFA014	4	0	63,05	63,05
JHFA015	1	0	49,63	36,85
JHFA016	1	0	211,99	175,63
JHFA016	4	0	82,84	82,84
JHFA017	1	0	92,88	88,98
JHFA017	4	0	71,85	71,85
JHFA018	1	0	102,81	77,18
JHFA018	4	0	75,14	75,14
JHFA019	1	0	190,01	145,32
JHFA019	4	0	93,92	93,92
JHFB001	1	0	79,58	78,42
JHFB001	4	0	54,98	54,98
JHFC001	1	0	163,07	142,86
JHFC001	4	0	92,27	92,27
JHGA001	1	0	125,40	125,40
JHGA001	4	0	69,28	69,28
JHGA002	1	0	54,59	47,79
JHGA002	4	0	57,93	57,93
JHGA003	1	0	100,68	93,51
JHGA003	4	0	69,28	69,28
JHHA001	1	0	37,58	25,82
JHHA002	1	0	65,94	54,37
JHHA002	4	0	54,25	54,25
JHHA003	1	0	90,75	76,83
JHHA003	4	0	81,93	81,93
JHHB001	1	0	38,40	38,40
JHHB002	1	0	43,96	41,62
JHJA001	1	0	47,50	45,11
JHJA001	4	0	55,35	55,35
JHJB001	1	0	38,29	32,28
JHJB002	1	0	97,13	72,46

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JHJB002	4	0	71,11	71,11
JHJB003	1	0	21,27	20,40
JHKA002	1	0	109,90	98,85
JHKA002	4	0	70,01	70,01
JHKA003	1	0	235,41	235,41
JHKA003	4	0	96,04	96,04
JHKA004	1	0	254,53	235,41
JHKA004	4	0	98,97	98,97
JHLA002	1	0	299,20	261,32
JHLA002	4	0	100,80	100,80
JHLA003	1	0	238,22	225,95
JHLA003	4	0	92,01	92,01
JHLA004	1	0	299,20	261,32
JHLA004	4	0	100,80	100,80
JHLA005	1	0	84,37	84,04
JHLA005	4	0	66,35	66,35
JHLB002	1	0	32,61	22,94
JHMA001	1	0	62,70	62,70
JHMA001	4	0	60,85	60,85
JHMA002	1	0	214,83	150,93
JHMA002	4	0	73,64	73,64
JHMA003	1	0	104,22	95,57
JHMA003	4	0	71,87	71,87
JHMA005	1	0	175,12	155,12
JHMA005	4	0	78,08	78,08
JHMA006	1	0	243,90	229,24
JHMA006	4	0	80,64	80,64
JHMB001	1	0	75,15	61,15
JHMB001	4	0	67,44	67,44
JHNP001	1	0	39,00	34,71
JHPA001	1	0	46,09	35,51
JHPA001	4	0	60,85	60,85
JHPA002	1	0	253,11	200,36
JHPA002	4	0	108,52	108,52
JHQA001	1	0	107,06	97,20
JHQA001	4	0	64,88	64,88
JHQA002	1	0	75,15	59,72
JHQA002	4	0	57,55	57,55
JHQA003	1	0	88,63	67,53
JHQA003	4	0	60,11	60,11

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JHQH001	1	0	57,60	57,60
JHQL001	1	0	268,87	268,87
JHQM001	1	0	37,05	37,05
JHQM002	1	0	34,97	34,97
JHQX004	1	0	65,58	65,58
JHQX005	1	0	116,45	116,45
JHQX007	1	0	99,69	99,69
JHQX008	1	0	78,66	78,66
JHSA001	1	0	60,27	56,89
JHSA002	1	0	221,92	172,60
JHSA002	4	0	102,63	102,63
JHSB001	1	0	65,23	59,77
JJCA001	1	0	214,52	212,20
JJCA001	4	0	115,02	115,02
JJCA002	1	0	167,20	167,20
JJCA002	4	0	102,19	102,19
JJCA003	1	0	342,26	342,26
JJCA003	4	0	111,33	111,33
JJCC001	1	0	237,80	237,80
JJCC001	4	0	155,79	155,79
JJCC002	1	0	141,80	141,80
JJCC002	4	0	96,06	96,06
JJCC003	1	0	141,80	141,80
JJCC003	4	0	96,06	96,06
JJCC004	1	0	389,95	389,95
JJCC004	4	0	139,67	139,67
JJEA001	1	0	167,20	167,20
JJEA001	4	0	101,09	101,09
JJEA002	1	0	199,99	186,22
JJEA002	4	0	104,39	104,39
JJEA003	1	0	167,20	167,20
JJEA003	4	0	94,86	94,86
JJEC001	1	0	196,00	196,00
JJEC001	4	0	112,27	112,27
JJEC002	1	0	208,29	203,13
JJEC002	4	0	117,77	117,77
JJEC003	1	0	196,00	196,00
JJEC003	4	0	107,60	107,60
JJFA001	1	0	209,00	209,00
JJFA001	4	0	125,27	125,27

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JJFA002	1	0	167,20	167,20
JJFA002	4	0	98,89	98,89
JJFA003	1	0	167,20	167,20
JJFA003	4	0	98,16	98,16
JJFA004	1	0	167,20	167,20
JJFA004	4	0	99,63	99,63
JJFA005	1	0	176,46	172,58
JJFA005	4	0	104,76	104,76
JJFA006	1	0	167,20	167,20
JJFA006	4	0	99,63	99,63
JJFA007	1	0	167,20	167,20
JJFA007	4	0	98,89	98,89
JJFA008	1	0	167,20	167,20
JJFA008	4	0	98,89	98,89
JJFA010	1	0	196,00	196,00
JJFA010	4	0	110,08	110,08
JJFA050	1	0	167,20	167,20
JJFA050	4	0	83,60	83,60
JJFC001	1	0	209,00	209,00
JJFC001	4	0	160,46	160,46
JJFC002	1	0	196,00	196,00
JJFC002	4	0	128,88	128,88
JJFC003	1	0	196,00	196,00
JJFC003	4	0	124,00	124,00
JJFC004	1	0	196,00	196,00
JJFC004	4	0	125,10	125,10
JJFC006	1	0	196,00	196,00
JJFC006	4	0	119,97	119,97
JJFC008	1	0	196,00	196,00
JJFC008	4	0	128,41	128,41
JJFC009	1	0	230,44	215,97
JJFC009	4	0	144,90	144,90
JJFC010	1	0	209,68	191,84
JJFC010	4	0	124,18	124,18
JJFJ001	1	0	97,67	85,69
JJFJ001	4	0	60,11	60,11
JJJA001	1	0	167,20	167,20
JJJA001	4	0	100,72	100,72
JJJA002	1	0	209,00	209,00
JJJA002	4	0	125,27	125,27

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JJJC001	1	0	196,00	196,00
JJJC001	4	0	134,18	134,18
JJJC002	1	0	209,00	209,00
JJJC002	4	0	126,37	126,37
JJLE001	1	0	152,24	114,64
JJLE001	4	0	73,31	73,31
JJLJ001	1	0	70,58	38,40
JJLJ002	1	0	104,50	104,50
JJLJ002	4	0	57,91	57,91
JJPA001	1	0	209,00	209,00
JJPA001	4	0	134,80	134,80
JJPA002	1	0	167,20	167,20
JJPA002	4	0	99,26	99,26
JJPA003	1	0	167,20	167,20
JJPA003	4	0	94,13	94,13
JJPA004	1	0	167,20	167,20
JJPA004	4	0	83,60	83,60
JJPC001	1	0	209,00	209,00
JJPC001	4	0	174,75	174,75
JJPC002	1	0	171,62	131,79
JJPC002	4	0	109,15	109,15
JJPC003	1	0	196,00	196,00
JJPC003	4	0	107,60	107,60
JJPC004	1	0	196,00	196,00
JJPC004	4	0	107,60	107,60
JJPE001	1	0	167,20	167,20
JJPE001	4	0	83,60	83,60
JJQC001	1	0	160,54	117,31
JJQC001	4	0	75,82	75,82
JJQX004	1	0	120,56	120,56
JJQX005	1	0	137,44	137,44
JJQX008	1	0	60,18	60,18
JKBA001	1	0	125,94	99,38
JKBA001	4	0	90,17	90,17
JKBA002	1	0	179,92	174,58
JKBA002	4	0	112,83	112,83
JKCA001	1	0	168,16	167,76
JKCA001	4	0	105,85	105,85
JKCD001	1	0	83,04	74,50
JKCD001	4	0	78,07	78,07

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JKDA001	1	0	366,76	365,98
JKDA001	4	0	155,89	155,89
JKDA002	1	0	366,76	365,98
JKDA002	4	0	155,89	155,89
JKDA003	1	0	281,29	281,29
JKDA003	4	0	116,46	116,46
JKDA042	1	0	167,20	167,20
JKDA042	4	0	83,60	83,60
JKDC001	1	0	346,69	331,32
JKDC001	4	0	148,90	148,90
JKDC015	1	0	196,00	196,00
JKDC015	4	0	112,40	112,40
JKFA001	1	0	323,09	323,09
JKFA001	4	0	173,61	173,61
JKFA002	1	0	337,70	331,56
JKFA002	4	0	154,95	154,95
JKFA003	1	0	239,49	239,49
JKFA003	4	0	121,96	121,96
JKFA004	1	0	362,61	346,01
JKFA004	4	0	176,55	176,55
JKFA005	1	0	337,00	331,16
JKFA005	4	0	158,95	158,95
JKFA006	1	0	328,70	326,34
JKFA006	4	0	166,65	166,65
JKFA007	1	0	429,04	384,54
JKFA007	4	0	164,82	164,82
JKFA008	1	0	110,03	98,93
JKFA008	4	0	76,61	76,61
JKFA009	1	0	229,74	203,48
JKFA009	4	0	97,43	97,43
JKFA011	1	0	137,71	114,99
JKFA011	4	0	78,07	78,07
JKFA012	1	0	385,79	385,79
JKFA012	4	0	181,31	181,31
JKFA013	1	0	385,79	385,79
JKFA013	4	0	176,91	176,91
JKFA014	1	0	385,79	385,79
JKFA014	4	0	169,95	169,95
JKFA015	1	0	239,49	239,49
JKFA015	4	0	124,90	124,90

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JKFA016	1	0	209,00	209,00
JKFA016	4	0	98,89	98,89
JKFA018	1	0	290,64	285,29
JKFA018	4	0	151,84	151,84
JKFA019	1	0	458,80	423,38
JKFA019	4	0	249,08	249,08
JKFA020	1	0	484,40	438,23
JKFA020	4	0	249,08	249,08
JKFA021	1	0	406,90	371,70
JKFA021	4	0	159,69	159,69
JKFA022	1	0	226,28	219,02
JKFA022	4	0	112,09	112,09
JKFA023	1	0	458,80	423,38
JKFA023	4	0	249,08	249,08
JKFA024	1	0	239,49	239,49
JKFA024	4	0	128,19	128,19
JKFA025	1	0	344,62	318,02
JKFA025	4	0	140,55	140,55
JKFA026	1	0	264,34	253,90
JKFA026	4	0	118,01	118,01
JKFA027	1	0	457,41	422,58
JKFA027	4	0	249,08	249,08
JKFA028	1	0	323,09	323,09
JKFA028	4	0	155,89	155,89
JKFA029	1	0	388,90	361,26
JKFA029	4	0	184,61	184,61
JKFA030	1	0	458,80	423,38
JKFA030	4	0	249,08	249,08
JKFA031	1	0	93,42	89,30
JKFA031	4	0	64,88	64,88
JKFA032	1	0	323,09	323,09
JKFA032	4	0	155,89	155,89
JKFC001	1	0	235,97	224,64
JKFC001	4	0	143,25	143,25
JKFC002	1	0	253,96	247,89
JKFC002	4	0	145,06	145,06
JKFC003	1	0	339,08	332,37
JKFC003	4	0	171,41	171,41
JKFC004	1	0	209,00	209,00
JKFC004	4	0	113,55	113,55

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JKFC005	1	0	328,01	290,83
JKFC005	4	0	149,82	149,82
JKFC006	1	0	323,09	323,09
JKFC006	4	0	169,21	169,21
JKFD001	1	0	62,70	62,70
JKFD002	1	0	62,70	62,70
JKFE001	1	0	110,72	90,56
JKFE001	4	0	59,74	59,74
JKFE002	1	0	209,00	209,00
JKFE002	4	0	87,53	87,53
JKFE003	1	0	62,70	62,70
JKGA001	1	0	167,20	167,20
JKGA001	4	0	96,33	96,33
JKGC001	1	0	167,20	167,20
JKGC001	4	0	93,02	93,02
JKGD001	1	0	62,70	62,70
JKGD002	1	0	62,70	62,70
JKGD002	4	0	56,45	56,45
JKGD003	1	0	62,70	62,70
JKGD003	4	0	49,85	49,85
JKGE001	1	0	69,20	66,48
JKGE001	4	0	55,35	55,35
JKGE002	1	0	62,70	62,70
JKGE002	4	0	58,65	58,65
JKHA001	1	0	42,24	42,24
JKHA002	1	0	21,45	16,47
JKHD001	1	0	12,46	9,64
JKHD002	1	0	14,53	10,84
JKKD001	1	0	38,40	38,40
JKLD001	1	0	38,40	38,40
JKMA001	1	0	222,13	199,06
JKMA001	4	0	123,82	123,82
JKMD001	1	0	71,97	68,08
JKMD001	4	0	68,18	68,18
JKND001	1	0	89,27	78,11
JKND002	1	0	77,50	62,51
JKND003	1	0	51,21	47,25
JKND004	1	0	62,70	62,70
JKNE001	1	0	209,00	209,00
JKNE001	4	0	83,60	83,60

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JKNL001	1	0	384,10	384,10
JKNL001	4	0	53,64	53,64
JKNL002	1	0	384,10	384,10
JKNL002	4	0	53,64	53,64
JKNL003	1	0	384,10	384,10
JKNL003	4	0	53,64	53,64
JKNL004	1	0	384,10	384,10
JKNL004	4	0	53,64	53,64
JKNL005	1	0	384,10	384,10
JKNL005	4	0	53,64	53,64
JKNL006	1	0	384,10	384,10
JKNL006	4	0	53,64	53,64
JKPC001	1	0	172,31	138,37
JKPC001	4	0	89,63	89,63
JKPD001	1	0	62,70	62,70
JKPD001	4	0	65,24	65,24
JKPD002	1	0	62,70	62,70
JKPD002	4	0	57,38	57,38
JKPE001	1	0	150,16	113,43
JKPE001	4	0	70,74	70,74
JKPE002	1	0	114,87	92,96
JKPE002	4	0	66,35	66,35
JKPJ001	1	0	114,87	62,70
JKPJ001	4	0	67,44	67,44
JKPJ002	1	0	65,05	62,70
JKPJ002	4	0	61,04	61,04
JKQE001	1	0	85,81	76,11
JKQE001	4	0	56,08	56,08
JKQE002	1	0	69,20	66,48
JKQH001	1	0	73,15	73,15
JKQJ001	1	0	69,72	69,72
JKQX001	1	0	15,40	15,40
JKQX004	1	0	87,74	87,74
JKQX005	1	0	117,94	117,94
JKQX006	1	0	64,62	64,62
JKQX007	1	0	96,06	96,06
JKQX008	1	0	15,40	15,40
JKQX015	1	0	19,00	19,00
JKQX020	1	0	133,31	133,31
JKQX027	1	0	19,00	19,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JLAD001	1	0	62,70	62,70
JLCA001	1	0	264,34	258,66
JLCA001	4	0	129,58	129,58
JLCA002	1	0	250,80	250,80
JLCA002	4	0	115,65	115,65
JLCA003	1	0	274,03	246,72
JLCA003	4	0	114,37	114,37
JLCA004	1	0	164,70	130,63
JLCA004	4	0	87,97	87,97
JLCA005	1	0	229,74	216,28
JLCA005	4	0	118,37	118,37
JLCA006	1	0	259,50	238,30
JLCA006	4	0	148,75	148,75
JLCA007	1	0	184,76	142,27
JLCA007	4	0	96,04	96,04
JLCA008	1	0	69,20	66,48
JLCA008	4	0	61,58	61,58
JLCA009	1	0	202,06	200,22
JLCA009	4	0	117,64	117,64
JLDA001	1	0	281,29	281,29
JLDA001	4	0	117,94	117,94
JLDA002	1	0	270,57	239,96
JLDA002	4	0	100,78	100,78
JLDA003	1	0	364,89	364,89
JLDA003	4	0	155,89	155,89
JLDA004	1	0	364,89	364,89
JLDA004	4	0	155,89	155,89
JLDC015	1	0	310,09	310,09
JLDC015	4	0	141,94	141,94
JLFA001	1	0	141,86	108,61
JLFA001	4	0	67,08	67,08
JLFA002	1	0	69,20	66,48
JLFA003	1	0	458,80	336,33
JLFA003	4	0	126,38	126,38
JLFA004	1	0	238,05	203,54
JLFA004	4	0	112,87	112,87
JLFD001	1	0	65,05	50,89
JLFD001	4	0	48,00	48,00
JLFD002	1	0	83,73	74,90
JLFD002	4	0	57,55	57,55

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JLGE001	1	0	62,70	62,70
JLHA001	1	0	23,53	17,68
JLJA002	1	0	62,70	62,70
JLJA002	4	0	80,50	80,50
JLJB001	1	0	62,70	62,70
JLJD001	1	0	132,17	103,00
JLJD001	4	0	74,61	74,61
JLMA001	1	0	216,32	216,32
JLMA001	4	0	152,41	152,41
JLMA002	1	0	346,00	270,90
JLMA002	4	0	136,72	136,72
JLMA003	1	0	232,45	232,45
JLMA003	4	0	163,59	163,59
JLMA004	1	0	455,97	455,97
JLMA004	4	0	220,17	220,17
JLMA005	1	0	167,20	167,20
JLMA005	4	0	98,89	98,89
JLMC001	1	0	183,38	176,59
JLMC001	4	0	119,68	119,68
JLMD001	1	0	73,35	55,71
JLMD001	4	0	63,05	63,05
JLND001	1	0	62,70	62,70
JLND002	1	0	62,70	62,70
JLNL001	1	0	367,40	367,40
JLNL001	4	0	53,64	53,64
JLNL002	1	2	167,00	167,00
JLNL002	1	1	217,10	217,10
JLNL003	1	0	384,10	384,10
JLNL004	1	0	367,40	367,40
JLNL005	1	0	384,10	384,10
JLNL005	4	0	53,64	53,64
JLNL006	1	0	384,10	384,10
JLNL007	1	0	367,40	367,40
JLNL008	1	2	167,00	167,00
JLNL008	1	1	200,40	200,40
JLPA001	1	0	84,42	75,30
JLPA001	4	0	49,85	49,85
JLQE002	1	0	49,82	36,97
JLQH002	1	0	46,55	46,55
JLQX004	1	0	61,18	61,18

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JLSD001	1	0	183,38	132,69
JLSD001	4	0	82,48	82,48
JMBA001	1	0	197,69	197,69
JMBA001	4	0	113,18	113,18
JMCA001	1	0	157,08	156,58
JMCA001	4	0	94,54	94,54
JMCA004	1	0	250,80	250,80
JMCA004	4	0	157,53	157,53
JMCA005	1	0	48,44	41,26
JMCA005	4	0	54,25	54,25
JMCA006	1	0	74,04	60,50
JMCA006	4	0	62,68	62,68
JMDA001	1	0	216,25	208,45
JMDA001	4	0	119,77	119,77
JMEA001	1	0	462,98	408,97
JMEA001	4	0	132,16	132,16
JMEA002	1	0	175,12	155,12
JMEA002	4	0	72,96	72,96
JMFA001	1	0	92,04	88,49
JMFA001	4	0	71,76	71,76
JMFA002	1	0	43,60	38,45
JMFA003	1	0	155,89	155,89
JMFA003	4	0	96,01	96,01
JMFA004	1	0	796,49	580,11
JMFA004	4	0	198,88	198,88
JMFA005	1	0	458,80	366,69
JMFA005	4	0	146,13	146,13
JMFA006	1	0	155,89	155,89
JMFA006	4	0	85,01	85,01
JMFA007	1	0	238,74	203,94
JMFA007	4	0	106,65	106,65
JMFA008	1	0	292,02	269,96
JMFA008	4	0	136,24	136,24
JMFA009	1	0	688,54	517,49
JMFA009	4	0	179,46	179,46
JMFA010	1	0	425,28	425,28
JMFA010	4	0	156,40	156,40
JMHA001	1	0	24,91	18,48
JMMA001	1	0	348,12	272,13
JMMA001	4	0	143,72	143,72

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JMMA002	1	0	127,49	127,49
JMMA002	4	0	75,51	75,51
JMMA004	1	0	248,86	197,88
JMMA004	4	0	103,02	103,02
JMMA005	1	0	57,44	46,48
JMMA005	4	0	61,58	61,58
JMPA001	1	0	56,74	50,47
JMPA001	4	0	67,08	67,08
JMPA002	1	0	58,82	47,29
JMPA002	4	0	64,20	64,20
JMPA003	1	0	31,35	31,35
JMPA003	4	0	57,55	57,55
JMPA004	1	0	170,92	169,36
JMPA004	4	0	81,01	81,01
JMPA005	1	0	41,80	41,80
JMPA005	4	0	56,08	56,08
JMPP001	1	0	31,35	31,35
JMQX004	1	0	102,59	102,59
JMQX005	1	0	70,14	70,14
JNBD001	1	0	67,82	63,52
JNCA001	1	0	167,20	167,20
JNCA001	4	0	83,60	83,60
JNCA002	1	0	241,51	210,30
JNCA002	4	0	177,08	177,08
JNFA001	1	0	344,62	300,46
JNFA001	4	0	266,98	266,98
JNJD001	1	0	100,34	82,39
JNJD001	4	0	72,57	72,57
JNJD002	1	0	57,60	57,60
JNJD002	4	0	53,15	53,15
JNJP001	1	0	57,60	57,60
JNMD001	1	0	57,60	57,60
JNMD001	4	0	49,12	49,12
JNPA002	1	0	223,52	199,86
JNPA002	4	0	117,45	117,45
JNQK001	1	0	21,28	21,28
JNQM001	1	0	35,65	35,65
JPHB001	1	0	37,05	34,02
JPHB001	2	0	83,04	62,68
JPHB002	1	0	35,36	34,02

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JPHB002	2	0	83,04	62,68
JPHB002	4	0	64,52	64,52
JPHJ001	1	0	68,58	68,58
JPHJ002	1	0	68,58	68,58
JPJB001	1	0	67,20	67,20
JPLB001	1	0	37,80	37,80
JPLB001	2	0	70,58	69,17
JPQX007	1	0	52,50	52,50
JPQX019	1	0	65,73	65,73
JQCB001	1	0	51,03	51,03
JQCB001	2	0	222,32	222,32
JQCB001	4	0	77,35	77,35
JQEP001	1	0	55,36	41,58
JQGA001	1	0	229,74	221,04
JQGA001	4	0	104,50	104,50
JQGA002	1	0	313,50	313,50
JQGA002	4	0	209,00	209,00
JQGA003	1	0	362,61	313,50
JQGA003	4	0	241,00	241,00
JQGA004	1	0	313,50	313,50
JQGA004	4	0	241,37	241,37
JQGA005	1	0	313,50	313,50
JQGA005	4	0	209,00	209,00
JQGD001	1	0	316,94	313,50
JQGD002	1	0	472,64	418,00
JQGD003	1	0	426,96	379,31
JQGD004	1	0	385,44	313,50
JQGD005	1	0	477,48	408,61
JQGD007	1	0	418,00	418,00
JQGD008	1	0	353,61	336,77
JQGD010	1	0	313,50	313,50
JQGD012	1	0	313,50	313,50
JQGD013	1	0	477,48	408,61
JQGD014	1	0	125,18	125,18
JQGD014	4	0	91,27	91,27
JQHB002	1	0	114,51	30,24
JQHB002	2	0	88,37	88,37
JQHB002	4	0	77,35	77,35
JQHF001	1	0	41,58	41,58
JQHF001	2	0	104,12	104,12
JQHF002	1	0	105,25	41,58
JQHF002	2	0	116,95	104,12
JQJB001	1	0	92,62	41,58
JQJB001	2	0	136,63	136,63
JQJB001	4	0	77,35	77,35
JQLF001	1	0	47,25	47,25
JQLF001	2	0	153,60	153,60
JQLF002	1	0	140,61	47,25
JQLF002	2	0	304,12	304,12
JQLF003	1	0	87,57	41,58
JQLF003	2	0	116,95	104,12
JQQJ037	1	0	33,44	33,44
JQQM001	1	0	46,15	46,15
JQQM002	1	0	92,19	92,19
JQQM003	1	0	75,60	75,60
JQQM007	1	0	133,81	133,81
JQQM008	1	0	137,02	137,02
JQQM010	1	0	61,47	48,35
JQQM015	1	0	71,57	54,21
JQQM016	1	0	100,20	73,99
JQQM017	1	0	154,09	121,12
JQQM018	1	0	100,20	81,92
JQQM019	1	0	154,09	137,00
JQQP099	1	0	112,00	112,00
JQQX002	1	0	123,20	123,20
JQQX003	1	0	61,60	61,60
JQQX004	1	0	184,80	184,80
JQQX005	1	0	61,60	61,60
JQQX109	1	0	33,60	33,60
JRGA001	1	0	212,70	188,84
JRGA001	4	0	78,49	78,49
JRGA002	1	0	241,06	205,29
JRGA002	4	0	78,49	78,49
JRGA003	1	0	269,42	239,29
JRGA003	4	0	103,64	103,64
JRGA004	1	0	283,60	259,62
JRGA004	4	0	127,64	127,64
JRGC001	1	0	241,06	217,38
JRGC001	4	0	102,49	102,49
JRPA001	1	0	99,26	83,90

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
JRPA001	4	0	48,00	48,00
JRQD001	1	0	137,88	112,23
JRRD001	1	0	50,02	36,27
JSEC001	1	0	153,62	121,36
JSEC001	4	0	72,22	72,22
JSED001	1	0	52,25	52,25
JSLD001	1	0	38,40	38,40
JSLD002	1	0	38,40	38,40
JVJB001	1	0	43,83	43,83
JVJB002	1	0	113,03	113,03
JVJF002	1	0	192,00	192,00
JVJF003	1	0	131,34	116,50
JVJF004	1	0	38,35	38,35
JVJF005	1	0	192,00	192,00
JVJF006	1	0	194,27	194,27
JVJF007	1	0	209,67	209,67
JVJF008	1	0	40,77	40,77
JVRP004	1	0	48,74	48,74
JVRP007	1	0	48,74	48,74
JVRP008	1	0	48,74	48,74
JZMA002	1	0	548,06	458,32
JZMA002	4	0	257,16	257,16
JZMA003	1	0	429,65	389,64
JZMA003	4	0	236,26	236,26
JZNP001	1	0	50,55	45,45
JZNP002	1	0	34,89	28,30
JZNP003	1	0	72,62	58,25
JZQD001	1	0	177,25	118,93
JZQE001	1	0	179,95	168,89
JZQH001	1	0	46,55	46,55
JZQH002	1	0	85,12	85,12
JZQH003	1	0	85,12	85,12
KAFA001	1	0	623,21	537,02
KAFA001	4	0	259,68	259,68
KAFA002	1	0	820,31	739,12
KAFA002	4	0	370,30	370,30
KANB001	1	0	418,00	418,00
KANB001	4	0	229,90	229,90
KBFA001	1	0	1 034,43	863,31
KBFA001	4	0	385,70	385,70

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
KCFA001	1	0	264,46	236,41
KCFA001	4	0	133,32	133,32
KCFA002	1	0	545,22	447,90
KCFA002	4	0	212,80	212,80
KCFA003	1	0	601,94	489,21
KCFA003	4	0	214,86	214,86
KCFA004	1	0	125,40	125,40
KCFA004	4	0	88,71	88,71
KCFA005	1	0	460,85	385,43
KCFA005	4	0	163,73	163,73
KCFA006	1	0	792,66	713,58
KCFA006	4	0	343,13	343,13
KCFA007	1	0	567,20	460,65
KCFA007	4	0	235,36	235,36
KCFA008	1	0	283,60	273,85
KCFA008	4	0	146,16	146,16
KCFA009	1	0	567,20	460,65
KCFA009	4	0	214,16	214,16
KCFA010	1	0	354,50	314,98
KCFA010	4	0	163,02	163,02
KCFA011	1	0	238,70	208,68
KCFA011	4	0	102,29	102,29
KCGA001	1	0	134,00	130,39
KCGA001	4	0	91,27	91,27
KCHB001	1	0	38,40	38,40
KCHJ001	1	0	38,40	38,40
KCHJ002	1	0	76,80	76,80
KCHJ003	1	0	76,80	76,80
KCHJ004	1	0	47,15	38,40
KCJA001	1	0	136,84	96,92
KCJA001	4	0	63,05	63,05
KCJB001	1	0	38,40	38,40
KCMA001	1	0	481,41	331,88
KCMA001	4	0	134,16	134,16
KCNL003	1	0	70,74	70,74
KCNL004	1	0	176,85	176,85
KCQL001	1	0	162,76	162,76
KCQL002	1	0	56,65	56,65
KCQL003	1	0	109,70	109,70
KCQM001	1	0	34,97	34,97

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
KCQX004	1	0	99,26	99,26
KCQX005	1	0	64,86	64,86
KDEA001	1	0	239,49	239,49
KDEA001	4	0	121,60	121,60
KDFA001	1	0	446,67	403,54
KDFA001	4	0	170,67	170,67
KDFA002	1	0	263,75	253,56
KDFA002	4	0	142,49	142,49
KDFA003	1	0	239,49	239,49
KDFA003	4	0	118,66	118,66
KDFC001	1	0	263,75	253,56
KDFC001	4	0	142,49	142,49
KDQA001	1	0	446,67	394,41
KDQA001	4	0	174,71	174,71
KDQA002	1	0	446,67	390,74
KDQA002	4	0	220,86	220,86
KDQA003	1	0	446,67	416,35
KDQA003	4	0	174,52	174,52
KDQC002	1	0	512,61	445,11
KDQC002	4	0	212,10	212,10
KDQL001	1	0	268,87	268,87
KDQM001	1	0	37,80	37,80
KDQX005	1	0	60,35	60,35
KEFA001	1	0	774,23	606,34
KEFA001	4	0	514,12	514,12
KEFA002	1	0	520,41	459,12
KEFA002	4	0	272,19	272,19
KEFC001	1	0	886,25	683,40
KEFC001	4	0	577,35	577,35
KEFC002	1	0	602,65	518,91
KEFC002	4	0	313,06	313,06
KEQL001	1	0	180,44	180,44
KEQL002	1	0	180,44	180,44
KEQX004	1	0	99,70	99,70
KFFA001	1	0	512,61	380,34
KFFA001	4	0	111,78	111,78
KGQL001	1	0	134,56	134,56
KGQL002	1	0	180,44	180,44
KGQL003	1	0	127,39	127,39
KGQL004	1	0	134,56	134,56

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
KGQP001	1	0	22,24	22,24
KGRL001	1	0	53,06	53,06
KZFA001	1	0	339,61	240,87
KZFA001	4	0	178,15	178,15
KZFC001	1	0	405,55	267,48
KZFC001	4	0	208,94	208,94
KZQL002	1	0	401,51	401,51
KZQL003	1	0	268,87	268,87
KZQL004	1	0	401,51	401,51
LABA001	1	0	257,37	237,05
LABA001	4	0	148,36	148,36
LABA002	1	0	41,80	41,80
LABA003	1	0	167,32	167,27
LABA003	4	0	108,87	108,87
LABA004	1	0	202,07	187,43
LABA004	4	0	86,88	86,88
LACA001	1	0	209,00	209,00
LACA001	4	0	91,19	91,19
LACA002	1	0	239,49	239,49
LACA002	4	0	114,09	114,09
LACA003	1	0	343,99	343,99
LACA003	4	0	155,89	155,89
LACA004	1	0	285,73	235,94
LACA004	4	0	89,44	89,44
LACA005	1	0	598,40	447,66
LACA005	4	0	133,32	133,32
LACA006	1	0	243,35	243,35
LACA006	4	0	87,60	87,60
LACA007	1	0	258,08	250,27
LACA007	4	0	116,46	116,46
LACA008	1	0	333,94	294,27
LACA008	4	0	125,99	125,99
LACA009	1	0	332,92	332,92
LACA009	4	0	117,94	117,94
LACA010	1	0	234,68	206,34
LACA010	4	0	77,34	77,34
LACA011	1	0	313,19	313,19
LACA011	4	0	124,90	124,90
LACA012	1	0	313,50	313,50
LACA012	4	0	199,29	199,29

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LACA013	1	0	264,25	264,25
LACA013	4	0	114,09	114,09
LACA014	1	0	321,18	256,50
LACA014	4	0	92,74	92,74
LACA015	1	0	231,42	231,42
LACA015	4	0	86,51	86,51
LACA016	1	0	392,79	333,16
LACA016	4	0	146,99	146,99
LACA017	1	0	550,22	550,22
LACA017	4	0	282,15	282,15
LACA018	1	0	390,91	390,91
LACA018	4	0	129,66	129,66
LACA019	1	0	239,64	209,22
LACA019	4	0	83,94	83,94
LACA020	1	0	275,01	275,01
LACA020	4	0	139,66	139,66
LACB001	1	0	167,20	167,20
LACB001	4	0	104,50	104,50
LACB002	1	0	239,49	239,49
LACB002	4	0	114,09	114,09
LACB003	1	0	301,49	301,49
LACB003	4	0	151,29	151,29
LAEA001	1	0	209,00	209,00
LAEA001	4	0	90,46	90,46
LAEA002	1	0	486,86	486,86
LAEA002	4	0	300,73	300,73
LAEA003	1	0	209,00	209,00
LAEA003	4	0	100,00	100,00
LAEA004	1	0	632,24	632,24
LAEA004	2	0	632,24	632,24
LAEA004	4	0	468,98	468,98
LAEA006	1	0	951,48	727,42
LAEA006	4	0	316,13	316,13
LAEA007	1	0	58,52	50,07
LAEA007	4	0	58,65	58,65
LAEA008	1	0	50,05	45,15
LAEA008	4	0	78,44	78,44
LAEA009	1	0	632,24	632,24
LAEA009	2	0	632,24	632,24
LAEA009	4	0	468,98	468,98

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LAEB001	1	0	167,20	167,20
LAEB001	4	0	106,59	106,59
LAEP001	1	0	104,50	104,50
LAEP001	4	0	73,31	73,31
LAEP002	1	0	63,91	53,20
LAEP002	4	0	76,61	76,61
LAEP003	1	0	59,29	50,51
LAFA001	1	0	727,65	580,04
LAFA001	4	0	199,26	199,26
LAFA003	1	0	649,88	446,17
LAFA003	2	0	833,14	571,99
LAFA003	4	0	281,73	281,73
LAFA004	1	0	355,30	355,30
LAFA004	4	0	191,93	191,93
LAFA005	1	0	1 245,09	985,49
LAFA005	4	0	271,70	271,70
LAFA006	1	0	947,87	707,77
LAFA006	4	0	228,58	228,58
LAFA011	1	0	250,80	250,80
LAFA011	4	0	149,09	149,09
LAFA012	1	0	197,81	184,95
LAFA012	4	0	89,44	89,44
LAFA013	1	0	167,20	167,20
LAFA013	4	0	89,44	89,44
LAFA014	1	0	281,29	281,29
LAFA014	4	0	141,74	141,74
LAFA015	1	0	503,58	388,63
LAFA015	4	0	134,34	134,34
LAFA016	1	0	394,24	307,67
LAFA016	4	0	122,25	122,25
LAFA017	1	0	472,78	344,44
LAFA017	4	0	117,30	117,30
LAFA018	1	0	642,18	477,81
LAFA018	4	0	148,09	148,09
LAFA019	1	0	776,93	555,95
LAFA019	4	0	157,99	157,99
LAFA020	1	0	589,82	421,10
LAFA020	4	0	145,34	145,34
LAFA021	1	0	223,30	182,19
LAFA021	4	0	93,47	93,47

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LAFA022	1	0	560,56	404,13
LAFA022	4	0	135,08	135,08
LAFA023	1	0	324,94	267,47
LAFA023	4	0	119,68	119,68
LAFA024	1	0	375,76	270,61
LAFA024	4	0	109,97	109,97
LAGA001	1	0	58,85	51,69
LAGA001	4	0	48,00	48,00
LAGA002	1	0	121,95	97,06
LAGA002	4	0	72,00	72,00
LAGA003	1	0	81,54	64,84
LAGA003	4	0	48,00	48,00
LAGA004	1	0	88,63	68,96
LAGA004	4	0	48,00	48,00
LAGA005	1	0	110,60	90,49
LAGA005	4	0	72,00	72,00
LAGA006	1	0	44,67	43,47
LAGA006	4	0	48,00	48,00
LAGA007	1	0	167,20	167,20
LAGA007	4	0	121,99	121,99
LAGA008	1	0	521,29	420,49
LAGA008	4	0	152,37	152,37
LAHA001	1	0	104,50	104,50
LAHA002	1	0	104,50	104,50
LAHA002	4	0	62,31	62,31
LAHH002	1	0	107,78	76,80
LAHH004	1	0	107,78	104,50
LAHH005	1	0	104,50	104,50
LAHH006	1	0	76,80	76,80
LAHJ003	1	0	104,50	104,50
LAHJ004	1	0	76,80	76,80
LALA001	1	0	250,80	250,80
LALA002	1	0	167,20	167,20
LALB001	1	0	115,20	115,20
LAMA001	1	0	507,64	426,11
LAMA001	4	0	136,24	136,24
LAMA002	1	0	1 566,18	1 040,05
LAMA002	4	0	195,63	195,63
LAMA003	1	0	209,00	209,00
LAMA003	4	0	101,83	101,83

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LAMA004	1	0	167,20	167,20
LAMA004	4	0	83,58	83,58
LAMA005	1	0	229,65	229,65
LAMA005	4	0	97,43	97,43
LAMA006	1	0	465,81	445,73
LAMA006	4	0	229,90	229,90
LAMA007	1	0	209,00	209,00
LAMA007	4	0	92,67	92,67
LAMA008	1	0	452,35	350,15
LAMA008	4	0	157,53	157,53
LAMA009	1	0	209,00	209,00
LAMA009	4	0	146,52	146,52
LAMA010	1	0	229,72	221,02
LAMA010	4	0	117,93	117,93
LAMA011	1	0	1 186,87	820,05
LAMA011	4	0	161,90	161,90
LAMA012	1	0	330,34	323,27
LAMA012	4	0	137,71	137,71
LAPA001	1	0	209,00	209,00
LAPA001	4	0	86,06	86,06
LAPA002	1	0	275,80	265,30
LAPA002	4	0	125,40	125,40
LAPA003	1	0	322,15	257,07
LAPA003	4	0	106,22	106,22
LAPA004	1	0	567,20	394,81
LAPA004	2	0	394,81	394,81
LAPA004	4	0	334,55	334,55
LAPA005	1	0	452,34	437,92
LAPA005	4	0	229,90	229,90
LAPA006	1	0	650,86	553,06
LAPA006	4	0	238,78	238,78
LAPA007	1	0	228,94	228,94
LAPA007	2	0	228,94	228,94
LAPA007	4	0	142,51	142,51
LAPA008	1	0	418,00	418,00
LAPA008	4	0	229,90	229,90
LAPA009	1	0	695,85	695,85
LAPA009	4	0	214,69	214,69
LAPA010	1	0	455,89	369,75
LAPA010	4	0	132,22	132,22

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LAPA011	1	0	441,71	343,97
LAPA011	4	0	112,83	112,83
LAPA012	1	0	281,98	233,77
LAPA012	4	0	96,33	96,33
LAPA013	1	0	371,12	371,12
LAPA013	4	0	119,05	119,05
LAPA014	1	0	1 198,92	800,71
LAPA014	4	0	229,35	229,35
LAPA015	1	0	209,00	209,00
LAPA015	4	0	83,60	83,60
LAPA016	1	0	496,30	463,42
LAPA016	4	0	229,90	229,90
LAQJ001	1	0	69,00	69,00
LAQK001	1	0	26,60	26,60
LAQK002	1	0	25,27	25,27
LAQK003	1	0	23,94	23,94
LAQK005	1	0	34,58	34,58
LAQK008	1	0	26,60	26,60
LAQK009	1	0	25,27	25,27
LAQK011	1	0	25,27	25,27
LAQK012	1	0	19,95	19,95
LAQK013	1	0	25,27	25,27
LAQK027	1	0	72,66	72,66
LAQN001	1	0	69,00	69,00
LARA001	1	0	837,62	837,62
LARA001	4	0	312,46	312,46
LARA002	1	0	684,89	485,02
LARA002	4	0	200,80	200,80
LARA003	1	0	864,27	676,84
LARA003	4	0	283,14	283,14
LARA004	1	0	457,88	457,88
LARA004	4	0	209,57	209,57
LBAA001	1	0	374,48	374,48
LBAA001	4	0	186,38	186,38
LBBA003	1	0	186,47	178,38
LBBA003	4	0	99,34	99,34
LBBA004	1	0	325,43	320,42
LBBA004	4	0	158,97	158,97
LBBA005	1	0	167,20	167,20
LBBA005	4	0	87,24	87,24

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LBBA006	1	0	313,50	313,50
LBBA006	4	0	155,67	155,67
LBCA001	1	0	239,49	239,49
LBCA001	4	0	124,16	124,16
LBCA002	1	0	239,49	239,49
LBCA002	4	0	136,62	136,62
LBCA003	1	0	224,04	200,17
LBCA003	4	0	129,30	129,30
LBCA004	1	0	239,49	239,49
LBCA004	4	0	124,16	124,16
LBCA005	1	0	236,36	236,36
LBCA005	4	0	138,09	138,09
LBCA006	1	0	239,49	239,49
LBCA006	4	0	117,57	117,57
LBCA007	1	0	351,66	304,55
LBCA007	4	0	131,12	131,12
LBCA008	1	0	270,84	270,84
LBCA008	4	0	138,09	138,09
LBCA009	1	0	229,77	229,77
LBCA009	4	0	136,63	136,63
LBCA010	1	0	187,89	179,20
LBCA010	4	0	111,34	111,34
LBCB001	1	0	239,49	239,49
LBCB001	4	0	126,36	126,36
LBCB002	1	0	239,49	239,49
LBCB002	4	0	116,46	116,46
LBDA001	1	0	167,20	167,20
LBDA001	4	0	66,71	66,71
LBDD001	1	0	343,99	343,99
LBDD001	4	0	155,89	155,89
LBEA001	1	0	167,20	167,20
LBEA001	4	0	88,71	88,71
LBED001	1	0	250,80	250,80
LBED001	4	0	107,67	107,67
LBED002	1	0	209,00	209,00
LBED002	4	0	90,10	90,10
LBED003	1	0	209,00	209,00
LBED003	4	0	86,43	86,43
LBED004	1	0	250,80	250,80
LBED004	4	0	110,23	110,23

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LBED005	1	0	209,00	209,00
LBED005	4	0	100,36	100,36
LBED006	1	0	209,00	209,00
LBED006	4	0	86,43	86,43
LBEP002	1	0	125,40	125,40
LBEP002	4	0	69,65	69,65
LBEP005	1	0	19,14	15,49
LBEP009	1	0	250,80	250,80
LBEP009	4	0	104,50	104,50
LBFA001	1	0	229,01	203,05
LBFA001	4	0	140,75	140,75
LBFA002	1	0	121,95	114,62
LBFA002	4	0	69,27	69,27
LBFA003	1	0	170,87	169,33
LBFA003	4	0	92,37	92,37
LBFA004	1	0	386,41	368,59
LBFA004	4	0	155,89	155,89
LBFA005	1	0	595,98	451,01
LBFA005	4	0	140,30	140,30
LBFA006	1	0	475,09	380,89
LBFA006	4	0	150,56	150,56
LBFA007	1	0	615,23	506,06
LBFA007	4	0	162,26	162,26
LBFA008	1	0	142,51	126,54
LBFA008	4	0	98,97	98,97
LBFA009	1	0	423,27	385,95
LBFA009	4	0	128,76	128,76
LBFA010	1	0	167,20	167,20
LBFA010	4	0	68,55	68,55
LBFA011	1	0	521,29	451,58
LBFA011	4	0	178,38	178,38
LBFA012	1	0	641,65	495,04
LBFA012	4	0	170,17	170,17
LBFA013	1	0	167,20	167,20
LBFA013	4	0	65,61	65,61
LBFA014	1	0	177,96	173,44
LBFA014	4	0	125,36	125,36
LBFA015	1	0	167,20	167,20
LBFA015	4	0	69,27	69,27
LBFA016	1	0	446,67	417,08

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LBFA016	4	0	177,65	177,65
LBFA017	1	0	428,95	389,24
LBFA017	4	0	128,41	128,41
LBFA018	1	0	176,54	172,62
LBFA018	4	0	78,81	78,81
LBFA019	1	0	210,57	209,91
LBFA019	4	0	110,97	110,97
LBFA020	1	0	289,98	273,53
LBFA020	4	0	134,82	134,82
LBFA022	1	0	309,12	284,63
LBFA022	4	0	145,08	145,08
LBFA023	1	0	58,14	46,89
LBFA024	1	0	359,59	313,90
LBFA024	4	0	143,96	143,96
LBFA025	1	0	167,20	167,20
LBFA025	4	0	78,08	78,08
LBFA026	1	0	250,80	250,80
LBFA026	4	0	119,79	119,79
LBFA027	1	0	285,02	270,64
LBFA027	4	0	141,78	141,78
LBFA028	1	0	167,20	167,20
LBFA028	4	0	112,90	112,90
LBFA029	1	0	250,80	250,80
LBFA029	4	0	112,46	112,46
LBFA030	1	0	80,83	73,21
LBFA030	4	0	64,88	64,88
LBFA031	1	0	36,87	34,55
LBFA032	1	0	167,20	167,20
LBFA032	4	0	84,67	84,67
LBFA033	1	0	475,09	380,89
LBFA033	4	0	150,56	150,56
LBFA034	1	0	250,80	250,80
LBFA034	4	0	121,25	121,25
LBFA035	1	0	313,50	313,50
LBFA035	4	0	156,75	156,75
LBFA036	1	0	250,80	250,80
LBFA036	4	0	116,12	116,12
LBFA037	1	0	350,42	350,42
LBFA037	4	0	151,32	151,32
LBFA038	1	0	334,40	334,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LBFA038	4	0	152,59	152,59
LBFA039	1	0	334,40	334,40
LBFA039	4	0	149,66	149,66
LBGA001	1	0	143,22	118,17
LBGA001	4	0	70,38	70,38
LBGA005	1	0	104,50	104,50
LBGA005	4	0	59,39	59,39
LBGA049	4	0	57,51	57,51
LBGA354	4	0	57,51	57,51
LBLA001	1	0	288,00	288,00
LBLB001	1	0	32,61	22,94
LBLB002	1	0	17,02	13,90
LBLD002	1	0	153,60	153,60
LBLD005	1	0	153,60	153,60
LBLD008	1	0	153,60	153,60
LBLD009	1	0	153,60	153,60
LBLD011	1	0	90,04	84,48
LBLD016	1	0	151,73	112,19
LBLD018	1	0	153,60	153,60
LBLD021	1	0	153,60	153,60
LBLD022	1	0	153,60	153,60
LBLD023	1	0	185,66	185,66
LBLD024	1	0	271,70	271,70
LBLD024	4	0	125,40	125,40
LBMA001	1	0	376,20	376,20
LBMA001	4	0	177,65	177,65
LBMA002	1	0	392,38	392,38
LBMA002	4	0	132,94	132,94
LBMA003	1	0	209,00	209,00
LBMA003	4	0	104,50	104,50
LBMA004	1	0	379,09	379,09
LBMA004	4	0	132,79	132,79
LBMA006	1	0	209,00	209,00
LBMA006	4	0	104,50	104,50
LBPA001	1	0	478,98	478,98
LBPA001	4	0	249,08	249,08
LBPA002	1	0	272,26	245,68
LBPA002	4	0	117,22	117,22
LBPA003	1	0	148,18	129,83
LBPA003	4	0	70,38	70,38

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LBPA004	1	0	695,53	692,36
LBPA004	4	0	343,13	343,13
LBPA005	1	0	224,04	217,72
LBPA005	4	0	113,55	113,55
LBPA006	1	0	478,98	478,98
LBPA006	4	0	249,08	249,08
LBPA007	1	0	250,28	215,39
LBPA007	4	0	93,47	93,47
LBPA008	1	0	531,23	531,23
LBPA008	4	0	249,08	249,08
LBPA009	1	0	374,48	374,48
LBPA009	4	0	186,38	186,38
LBPA010	1	0	478,98	478,98
LBPA010	4	0	249,08	249,08
LBPA011	1	0	882,71	800,92
LBPA011	4	0	343,13	343,13
LBPA012	1	0	374,48	374,48
LBPA012	4	0	186,38	186,38
LBPA013	1	0	170,87	142,99
LBPA013	4	0	88,71	88,71
LBPA014	1	0	266,58	242,40
LBPA014	4	0	118,68	118,68
LBPA015	1	0	478,98	478,98
LBPA015	4	0	249,08	249,08
LBPA016	1	0	374,48	374,48
LBPA016	4	0	186,38	186,38
LBPA017	1	0	478,98	478,98
LBPA017	4	0	249,08	249,08
LBPA018	1	0	478,98	478,98
LBPA018	4	0	249,08	249,08
LBPA019	1	0	635,73	635,73
LBPA019	4	0	311,78	311,78
LBPA020	1	0	836,62	774,19
LBPA020	4	0	343,13	343,13
LBPA021	1	0	258,79	237,88
LBPA021	4	0	105,50	105,50
LBPA022	1	0	478,98	478,98
LBPA022	4	0	249,08	249,08
LBPA023	1	0	718,93	705,93
LBPA023	4	0	343,13	343,13

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LBPA024	1	0	374,48	374,48
LBPA024	4	0	186,38	186,38
LBPA025	1	0	302,03	262,96
LBPA025	4	0	102,19	102,19
LBPA026	1	0	374,48	374,48
LBPA026	4	0	186,38	186,38
LBPA027	1	0	478,98	478,98
LBPA027	4	0	249,08	249,08
LBPA028	1	0	475,74	433,21
LBPA028	4	0	186,38	186,38
LBPA029	1	0	478,98	478,98
LBPA029	4	0	249,08	249,08
LBPA030	1	0	250,28	232,94
LBPA030	4	0	103,66	103,66
LBPA031	1	0	374,48	374,48
LBPA031	4	0	186,38	186,38
LBPA032	1	0	478,98	478,98
LBPA032	4	0	249,08	249,08
LBPA033	1	0	956,44	843,69
LBPA033	4	0	343,13	343,13
LBPA034	1	0	374,48	374,48
LBPA034	4	0	186,38	186,38
LBPA035	1	0	478,98	478,98
LBPA035	4	0	249,08	249,08
LBPA036	1	0	531,23	531,23
LBPA036	4	0	249,08	249,08
LBPA037	1	0	209,00	209,00
LBPA037	4	0	112,83	112,83
LBPA038	1	0	626,76	564,69
LBPA038	4	0	249,08	249,08
LBPA039	1	0	426,73	426,73
LBPA039	4	0	210,38	210,38
LBPA040	1	0	808,97	758,16
LBPA040	4	0	343,13	343,13
LBPA041	1	0	218,68	218,68
LBPA041	4	0	107,76	107,76
LBPA042	1	0	478,98	478,98
LBPA042	4	0	249,08	249,08
LBPA043	1	0	478,98	478,98
LBPA043	4	0	249,08	249,08

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LBQH001	1	0	57,19	57,19
LBQH002	1	0	57,19	57,19
LBQH003	1	0	114,38	114,38
LBQK001	1	0	46,55	46,55
LBQK005	1	0	25,27	25,27
LCFA001	1	0	223,30	199,74
LCFA001	4	0	97,14	97,14
LCFA002	1	0	211,75	193,04
LCFA002	4	0	95,67	95,67
LCFA003	1	0	209,16	191,54
LCFA003	4	0	127,58	127,58
LCFA004	1	0	215,60	195,27
LCFA004	4	0	109,24	109,24
LCFA005	1	0	388,53	317,52
LCFA005	4	0	153,77	153,77
LCFA006	1	0	301,07	244,85
LCFA006	4	0	106,30	106,30
LCFA007	1	0	24,11	22,05
LCFA008	1	0	301,84	245,29
LCFA008	4	0	106,30	106,30
LCFA009	1	0	167,20	167,20
LCFA009	4	0	79,56	79,56
LCFA010	1	0	187,89	179,20
LCFA010	4	0	116,57	116,57
LCFA011	1	0	415,03	319,72
LCFA011	4	0	101,72	101,72
LCFA012	1	0	275,80	230,19
LCFA012	4	0	111,82	111,82
LCGA002	1	0	79,41	63,61
LCJA002	1	0	83,60	83,60
LCJA002	4	0	85,05	85,05
LCJA003	1	0	20,90	20,90
LCJA004	1	0	83,60	83,60
LCMA001	1	0	405,18	405,18
LCMA001	4	0	57,60	57,60
LCPA001	1	0	191,24	191,24
LCPA001	4	0	84,86	84,86
LCPA002	1	0	126,91	86,78
LCPA002	4	0	111,83	111,83
LCQH001	1	0	25,27	25,27

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LCQJ001	1	0	69,00	69,00
LCQK001	1	0	25,27	25,27
LCQK002	1	0	19,95	19,95
LCQN001	1	0	69,00	69,00
LDAA001	1	0	419,73	375,12
LDAA001	4	0	197,81	197,81
LDAA002	1	0	361,59	341,39
LDAA002	4	0	186,44	186,44
LDCA001	1	0	559,40	500,01
LDCA001	4	0	206,24	206,24
LDCA002	1	0	462,98	400,20
LDCA002	4	0	231,90	231,90
LDCA003	1	0	528,21	481,92
LDCA003	4	0	274,41	274,41
LDCA004	1	0	533,88	485,21
LDCA004	4	0	196,34	196,34
LDCA005	1	0	413,35	371,41
LDCA005	4	0	226,03	226,03
LDCA006	1	0	460,14	398,55
LDCA006	4	0	233,73	233,73
LDCA007	1	0	501,60	501,60
LDCA007	4	0	175,10	175,10
LDCA008	1	0	471,64	471,64
LDCA008	4	0	190,11	190,11
LDCA009	1	0	409,09	368,95
LDCA009	4	0	225,30	225,30
LDCA010	1	0	382,15	353,31
LDCA010	4	0	219,43	219,43
LDCA011	1	0	450,22	436,68
LDCA011	4	0	191,94	191,94
LDCA012	1	0	1 035,85	842,18
LDCA012	4	0	338,86	338,86
LDCA013	1	0	554,44	497,13
LDCA013	4	0	197,81	197,81
LDDA001	1	0	462,98	444,08
LDDA001	4	0	195,25	195,25
LDEB002	1	0	104,50	104,50
LDEP001	1	0	29,48	22,74
LDEP002	1	0	411,93	282,81
LDEP003	1	0	212,70	167,26

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LDFA001	1	0	403,42	365,65
LDFA001	4	0	167,04	167,04
LDFA002	1	0	440,29	387,04
LDFA002	4	0	155,65	155,65
LDFA003	1	0	523,95	479,45
LDFA003	4	0	247,29	247,29
LDFA004	1	0	487,79	458,48
LDFA004	4	0	244,36	244,36
LDFA005	1	0	398,46	362,78
LDFA005	4	0	204,77	204,77
LDFA006	1	0	529,62	438,85
LDFA006	4	0	156,40	156,40
LDFA007	1	0	557,27	498,78
LDFA007	4	0	187,20	187,20
LDFA008	1	0	521,12	477,81
LDFA008	4	0	185,00	185,00
LDFA009	1	0	525,37	480,27
LDFA009	4	0	234,69	234,69
LDFA010	1	0	1 089,73	904,16
LDFA010	4	0	459,42	459,42
LDFA011	1	0	443,13	388,69
LDFA011	4	0	147,61	147,61
LDFA012	1	0	588,47	560,76
LDFA012	4	0	292,45	292,45
LDGA001	1	0	316,92	218,93
LDGA001	4	0	89,44	89,44
LDGA002	1	0	188,59	144,50
LDGA002	4	0	72,22	72,22
LDHA001	1	0	249,91	249,91
LDHA001	4	0	126,77	126,77
LDHA002	1	0	267,29	198,92
LDHA002	4	0	101,54	101,54
LDMP001	1	0	63,81	63,35
LDMP002	1	0	77,99	71,57
LDMP003	1	0	97,84	83,09
LDPA001	1	0	484,25	456,42
LDPA001	4	0	213,90	213,90
LDPA002	1	0	693,40	665,51
LDPA002	4	0	305,46	305,46
LDPA003	1	0	418,00	418,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LDPA003	4	0	201,07	201,07
LDPA004	1	0	492,05	460,95
LDPA004	4	0	220,86	220,86
LDPA005	1	0	694,11	665,93
LDPA005	4	0	271,70	271,70
LDPA006	1	0	487,08	414,18
LDPA006	4	0	172,51	172,51
LDPA007	1	0	598,40	522,63
LDPA007	4	0	184,61	184,61
LDPA008	1	0	812,51	690,70
LDPA008	4	0	359,01	359,01
LDPA009	1	0	1 224,44	951,57
LDPA009	4	0	513,64	513,64
LDPA010	1	0	522,50	522,50
LDPA010	4	0	229,90	229,90
LDQK001	1	0	31,92	31,92
LDQK002	1	0	41,42	41,42
LDQK004	1	0	74,48	74,48
LDQK005	1	0	91,77	91,77
LECA001	1	0	721,76	594,18
LECA001	4	0	250,96	250,96
LECA002	1	0	1 297,47	993,93
LECA002	4	0	497,95	497,95
LECA003	1	0	521,12	477,81
LECA003	4	0	250,40	250,40
LECA004	1	0	993,93	993,93
LECA004	4	0	498,02	498,02
LECA005	1	0	643,77	548,94
LECA005	4	0	296,66	296,66
LECA006	1	0	627,47	539,49
LECA006	4	0	228,59	228,59
LECC001	1	0	664,33	572,97
LECC001	4	0	243,26	243,26
LEFA001	1	0	1 235,08	988,46
LEFA001	4	0	495,36	495,36
LEFA002	1	0	441,71	387,86
LEFA002	4	0	166,30	166,30
LEFA003	1	0	584,22	514,40
LEFA003	4	0	193,42	193,42
LEFA004	1	0	774,23	668,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LEFA004	4	0	414,73	414,73
LEFA005	1	0	1 331,50	1 044,39
LEFA005	4	0	524,36	524,36
LEFA006	1	0	687,73	618,34
LEFA006	4	0	390,54	390,54
LEFA007	1	0	677,10	568,27
LEFA007	4	0	350,30	350,30
LEFA008	1	0	1 079,81	845,74
LEFA008	4	0	457,98	457,98
LEFA009	1	0	1 051,79	1 051,79
LEFA009	4	0	524,36	524,36
LEFA010	1	0	613,99	531,68
LEFA010	4	0	345,54	345,54
LEFA011	1	0	606,90	571,45
LEFA011	4	0	301,50	301,50
LEFA012	1	0	777,89	777,89
LEFA012	4	0	397,50	397,50
LEFA013	1	0	542,39	490,15
LEFA013	4	0	263,38	263,38
LEFA014	1	0	581,38	512,77
LEFA014	4	0	245,83	245,83
LEFC002	1	0	539,49	539,49
LEFC002	4	0	280,97	280,97
LEGA001	1	0	421,86	332,45
LEGA001	4	0	188,00	188,00
LEGA002	1	0	296,68	296,68
LEGA002	4	0	167,42	167,42
LEHA001	1	0	344,25	344,25
LEHA001	4	0	205,89	205,89
LEHA002	1	0	214,12	168,07
LEHA002	4	0	105,35	105,35
LEHA003	1	0	279,00	279,00
LEHA003	4	0	184,28	184,28
LEHC001	1	0	223,19	223,19
LEHC001	4	0	155,79	155,79
LEMA001	1	0	1 419,42	1 086,60
LEMA001	4	0	558,20	558,20
LEMA002	1	0	1 052,87	852,06
LEMA002	4	0	402,20	402,20
LEMA003	1	0	1 197,50	935,95

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LEMA003	4	0	509,41	509,41
LEMA004	1	0	956,25	956,25
LEMA004	4	0	505,40	505,40
LEMP001	1	0	62,70	62,70
LEPA001	1	0	771,39	666,85
LEPA001	4	0	386,50	386,50
LEPA002	1	0	709,71	631,08
LEPA002	4	0	354,25	354,25
LEPA003	1	0	916,03	750,74
LEPA003	4	0	418,40	418,40
LEPA004	1	0	1 407,37	1 057,66
LEPA004	4	0	513,64	513,64
LEPA005	1	0	1 194,67	934,30
LEPA005	4	0	365,74	365,74
LEPA006	1	0	1 136,53	900,58
LEPA006	4	0	357,31	357,31
LEPA007	1	0	1 322,99	1 008,73
LEPA007	4	0	487,98	487,98
LEPA008	1	0	977,71	786,52
LEPA008	4	0	450,65	450,65
LEPA009	1	0	721,76	638,08
LEPA009	4	0	287,90	287,90
LEQK001	1	0	31,92	31,92
LEQK002	1	0	74,48	74,48
LFAA001	1	0	367,97	345,10
LFAA001	4	0	182,77	182,77
LFAA002	1	0	467,94	403,08
LFAA002	4	0	191,58	191,58
LFCA001	1	0	522,53	478,63
LFCA001	4	0	196,71	196,71
LFCA002	1	0	438,16	385,81
LFCA002	4	0	165,18	165,18
LFCA003	1	0	1 245,71	963,91
LFCA003	4	0	382,48	382,48
LFCA004	1	0	672,13	565,39
LFCA004	4	0	242,16	242,16
LFCA005	1	0	577,84	510,71
LFCA005	4	0	221,63	221,63
LFCC001	1	0	679,22	582,68
LFCC001	4	0	244,17	244,17

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LFDA001	1	0	662,92	538,10
LFDA001	4	0	255,54	255,54
LFDA002	1	0	1 130,86	875,35
LFDA002	4	0	326,76	326,76
LFDA003	1	0	592,02	540,87
LFDA003	4	0	263,24	263,24
LFDA004	1	0	542,39	490,15
LFDA004	4	0	234,09	234,09
LFDA005	1	0	482,12	455,19
LFDA005	4	0	248,40	248,40
LFDA006	1	0	989,06	793,10
LFDA006	4	0	328,96	328,96
LFDA007	1	0	648,03	551,42
LFDA007	4	0	262,32	262,32
LFDA008	1	0	1 018,83	810,37
LFDA008	4	0	352,79	352,79
LFDA009	1	0	1 139,36	880,28
LFDA009	4	0	328,59	328,59
LFDA010	1	0	812,51	690,70
LFDA010	4	0	304,77	304,77
LFDA011	1	0	916,03	772,69
LFDA011	4	0	336,30	336,30
LFDA012	1	0	492,05	460,95
LFDA012	4	0	223,83	223,83
LFDA013	1	0	499,14	465,05
LFDA013	4	0	227,13	227,13
LFDA014	1	0	566,49	460,24
LFDA014	4	0	233,00	233,00
LFEP001	1	0	232,55	178,77
LFEP002	1	0	30,15	23,13
LFFA001	1	0	617,54	533,73
LFFA001	4	0	257,92	257,92
LFFA002	1	0	287,85	285,10
LFFA002	4	0	168,48	168,48
LFFA003	1	0	382,15	339,79
LFFA003	4	0	186,44	186,44
LFFA004	1	0	419,02	361,17
LFFA004	4	0	177,65	177,65
LFFA005	1	0	495,59	463,01
LFFA005	4	0	239,23	239,23

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LFFA006	1	0	365,84	343,86
LFFA006	4	0	197,81	197,81
LFFA007	1	0	588,47	459,46
LFFA007	4	0	207,70	207,70
LFFA008	1	0	977,71	786,52
LFFA008	4	0	370,38	370,38
LFFA009	1	0	626,05	538,67
LFFA009	4	0	318,04	318,04
LFFA010	1	0	563,66	546,37
LFFA010	4	0	236,10	236,10
LFFA011	1	0	418,00	418,00
LFFA011	4	0	188,10	188,10
LFFA012	1	0	1 281,87	1 015,60
LFFA012	4	0	508,12	508,12
LFFA013	1	0	692,69	621,21
LFFA013	4	0	356,45	356,45
LFFA014	1	0	573,38	573,38
LFFA014	4	0	306,49	306,49
LFFC002	1	0	531,75	483,98
LFFC002	4	0	264,12	264,12
LFGA001	1	0	219,79	171,37
LFGA001	4	0	81,74	81,74
LFHA001	1	0	267,29	198,92
LFHA001	4	0	145,16	145,16
LFHC001	1	0	235,28	235,28
LFHC001	4	0	165,87	165,87
LFKA001	1	0	850,80	850,80
LFKA001	4	0	252,80	252,80
LFMA001	1	0	982,67	811,34
LFMA001	4	0	392,07	392,07
LFMP001	1	0	62,70	62,70
LFPA001	1	0	874,91	726,89
LFPA001	4	0	352,42	352,42
LFPA002	1	0	1 272,66	979,54
LFPA002	4	0	387,17	387,17
LFPA003	1	0	1 088,32	872,62
LFPA003	4	0	305,26	305,26
LFQK001	1	0	46,42	46,42
LFQK002	1	0	46,42	46,42
LGCA001	1	0	413,35	371,41
LGCA001	4	0	165,55	165,55
LGFA001	1	0	425,40	352,07
LGFA001	4	0	187,58	187,58
LGFA002	1	0	496,30	441,47
LGFA002	4	0	190,84	190,84
LGFA003	1	0	781,43	781,43
LGFA003	4	0	342,59	342,59
LGFA004	1	0	1 435,58	1 435,58
LGFA004	4	0	736,95	736,95
LGFA005	1	0	123,37	80,33
LGFA005	4	0	90,54	90,54
LGFA006	1	0	1 029,47	825,32
LGFA006	4	0	360,14	360,14
LGQK001	1	0	19,95	19,95
LHCA001	1	0	916,74	773,11
LHCA001	4	0	342,53	342,53
LHCA002	1	0	450,22	392,80
LHCA002	4	0	189,38	189,38
LHCA010	1	0	542,39	490,15
LHCA010	4	0	215,04	215,04
LHCA011	1	0	483,54	412,12
LHCA011	4	0	193,41	193,41
LHCA016	1	0	471,49	405,14
LHCA016	4	0	188,64	188,64
LHDA001	1	0	415,47	372,64
LHDA001	4	0	181,31	181,31
LHDA002	1	0	598,40	522,63
LHDA002	4	0	235,57	235,57
LHEB001	1	0	269,42	188,52
LHEB002	1	0	237,87	237,87
LHEP002	1	0	283,46	196,66
LHEP003	1	0	164,49	139,30
LHEP004	1	0	212,70	167,26
LHEP005	1	0	123,37	115,45
LHFA001	1	0	1 047,90	849,18
LHFA001	4	0	389,01	389,01
LHFA003	1	0	1 584,62	1 195,59
LHFA003	4	0	494,32	494,32
LHFA013	1	0	1 399,57	1 075,09
LHFA013	4	0	501,11	501,11

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LHFA016	1	0	316,92	315,49
LHFA016	4	0	195,60	195,60
LHFA019	1	0	388,53	357,02
LHFA019	4	0	206,97	206,97
LHFA024	1	0	343,16	330,70
LHFA024	4	0	197,81	197,81
LHFA025	1	0	1 574,69	1 176,66
LHFA025	4	0	548,76	548,76
LHFA027	1	0	1 224,44	951,57
LHFA027	4	0	429,70	429,70
LHFA028	1	0	1 517,97	1 143,76
LHFA028	4	0	473,98	473,98
LHFA029	1	0	1 351,35	1 047,13
LHFA029	4	0	460,42	460,42
LHFA031	1	0	414,77	372,24
LHFA031	4	0	177,64	177,64
LHFH001	1	0	209,00	209,00
LHFH001	4	0	94,49	94,49
LHGA004	1	0	442,42	291,71
LHGA004	4	0	152,12	152,12
LHGA006	1	0	220,50	163,00
LHGA006	4	0	131,96	131,96
LHGA007	1	0	169,45	133,39
LHGA007	4	0	117,67	117,67
LHHA006	1	0	131,87	120,37
LHHA006	4	0	84,31	84,31
LHHA007	1	0	189,30	153,68
LHHA007	4	0	94,57	94,57
LHHH001	1	0	39,36	9,60
LHHH002	1	0	47,52	41,80
LHHH003	1	0	93,59	76,80
LHLB001	1	0	34,17	34,17
LHLB002	1	0	21,44	16,47
LHLH001	1	0	36,02	9,60
LHLH002	1	0	31,20	9,60
LHLH003	1	0	33,50	9,60
LHMA003	1	0	1 003,24	845,22
LHMA003	4	0	529,97	529,97
LHMA004	1	0	1 003,24	845,22
LHMA004	4	0	461,73	461,73
LHMA006	1	0	812,51	712,65
LHMA006	4	0	390,47	390,47
LHMA007	1	0	324,72	293,67
LHMA007	4	0	154,96	154,96
LHMA008	1	0	367,26	344,68
LHMA008	4	0	187,91	187,91
LHMA011	1	0	938,01	763,50
LHMA011	4	0	360,12	360,12
LHMA013	1	0	1 087,61	907,31
LHMA013	4	0	468,70	468,70
LHMA014	1	0	1 265,57	1 010,53
LHMA014	4	0	553,56	553,56
LHMA015	1	0	1 221,61	971,87
LHMA015	4	0	501,66	501,66
LHMA016	1	0	347,41	333,17
LHMA016	4	0	178,75	178,75
LHMH001	1	0	188,10	188,10
LHMH002	1	0	160,80	125,40
LHMH003	1	0	188,10	188,10
LHMH004	1	0	215,07	188,10
LHMH005	1	0	125,40	125,40
LHMH006	1	0	215,07	188,10
LHNH001	1	0	83,60	83,60
LHPA003	1	0	300,62	279,69
LHPA003	4	0	170,72	170,72
LHPA004	1	0	250,80	250,80
LHPA004	4	0	146,89	146,89
LHPA006	1	0	364,43	343,04
LHPA006	4	0	200,38	200,38
LHPA010	1	0	326,14	320,83
LHPA010	4	0	191,21	191,21
LHQH001	1	0	46,55	46,55
LHQH002	1	0	25,27	25,27
LHQH003	1	0	106,40	106,40
LHQH004	1	0	106,40	106,40
LHQH005	1	0	106,40	106,40
LHQH006	1	0	25,27	25,27
LHQJ001	1	0	69,00	69,00
LHQJ002	1	0	69,00	69,00
LHQK001	1	0	25,27	25,27

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LHQK002	1	0	52,90	52,90
LHQK003	1	0	73,82	73,82
LHQK004	1	0	43,06	43,06
LHQK005	1	0	25,27	25,27
LHQK007	1	0	101,08	101,08
LHQN001	1	0	69,00	69,00
LHQN002	1	0	69,00	69,00
LHRP001	1	0	33,50	25,08
LJCA001	1	0	267,29	242,81
LJCA001	4	0	172,28	172,28
LJCA002	1	0	491,34	372,75
LJCA002	4	0	201,24	201,24
LJFA001	1	0	484,25	368,64
LJFA001	4	0	251,46	251,46
LJFA002	1	0	483,54	333,12
LJFA002	4	0	114,74	114,74
LJFA003	1	0	386,41	276,78
LJFA003	4	0	109,60	109,60
LJFA004	1	0	348,12	289,69
LJFA004	4	0	174,85	174,85
LJFA006	1	0	189,30	136,13
LJFA006	4	0	125,00	125,00
LJFA007	1	0	557,98	402,63
LJFA007	4	0	125,73	125,73
LJFA008	1	0	444,54	345,62
LJFA008	4	0	203,07	203,07
LJFA009	1	0	760,05	598,83
LJFA009	4	0	313,43	313,43
LJFA010	1	0	125,40	125,40
LJFA010	4	0	48,00	48,00
LJGA001	1	0	80,83	64,44
LJGA001	4	0	58,65	58,65
LJGA002	1	0	223,34	147,09
LJGA002	4	0	74,05	74,05
LJHA001	1	0	168,74	141,76
LJHB001	1	0	71,61	45,56
LJJA001	1	0	162,36	138,06
LJJA001	4	0	56,45	56,45
LJJA002	1	0	416,89	373,47
LJJA002	4	0	188,10	188,10

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LJLH001	1	0	41,54	9,60
LJLH002	1	0	51,59	9,60
LJMA001	1	0	760,05	598,83
LJMA001	4	0	263,06	263,06
LJMA002	1	0	482,83	438,05
LJMA002	4	0	202,21	202,21
LJMA003	1	0	621,08	448,01
LJMA003	4	0	203,07	203,07
LJMA004	1	0	524,66	462,31
LJMA004	4	0	201,10	201,10
LJMA005	1	0	616,83	515,77
LJMA005	4	0	217,24	217,24
LJMA006	1	0	774,94	607,46
LJMA006	4	0	230,43	230,43
LJQK001	1	0	23,94	23,94
LJQK002	1	0	45,22	45,22
LJQK015	1	0	23,94	23,94
LJSA001	1	0	265,17	241,57
LJSA001	4	0	71,84	71,84
LJSA002	1	0	209,00	209,00
LJSA002	4	0	62,70	62,70
LLCA001	1	0	425,40	378,41
LLCA001	4	0	403,53	403,53
LLCA002	1	0	404,01	404,01
LLCA002	4	0	384,43	384,43
LLCA003	1	0	411,93	396,20
LLCA003	4	0	261,91	261,91
LLCA005	1	0	313,50	313,50
LLCA005	4	0	213,92	213,92
LLCC001	1	0	374,48	374,48
LLCC001	4	0	254,21	254,21
LLCC003	1	0	346,70	344,85
LLCC003	4	0	250,03	250,03
LLFA003	1	0	401,29	390,03
LLFA003	4	0	312,86	312,86
LLFA013	1	0	483,54	437,73
LLFA013	4	0	320,19	320,19
LLMA001	1	0	472,90	431,57
LLMA001	4	0	270,34	270,34
LLMA002	1	0	443,13	388,69

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LLMA002	4	0	430,66	430,66
LLMA003	1	0	486,37	439,38
LLMA003	4	0	313,96	313,96
LLMA004	1	0	491,34	416,65
LLMA004	4	0	396,57	396,57
LLMA005	1	0	470,78	430,33
LLMA005	4	0	241,38	241,38
LLMA006	1	0	367,97	345,10
LLMA006	4	0	184,24	184,24
LLMA007	1	0	313,50	313,50
LLMA007	4	0	191,57	191,57
LLMA008	1	0	313,50	313,50
LLMA008	4	0	176,91	176,91
LLMA009	1	0	491,34	442,25
LLMA009	4	0	417,79	417,79
LLMA010	1	0	409,80	369,36
LLMA010	4	0	190,09	190,09
LLMC001	1	0	342,30	342,30
LLMC001	4	0	186,99	186,99
LLMC003	1	0	374,48	374,48
LLMC003	4	0	216,96	216,96
LLMC004	1	0	397,04	374,05
LLMC004	4	0	192,84	192,84
LLMC005	1	0	374,48	374,48
LLMC005	4	0	226,16	226,16
LLMC019	1	0	342,30	342,30
LLMC019	4	0	200,91	200,91
LMFA001	1	0	202,07	201,98
LMFA001	4	0	130,02	130,02
LMFA002	1	0	264,46	238,17
LMFA002	4	0	150,18	150,18
LMFA003	1	0	202,07	173,89
LMFA003	4	0	110,67	110,67
LMGA001	1	0	257,37	232,30
LMGA001	4	0	155,89	155,89
LMMA001	1	0	287,56	287,56
LMMA001	4	0	140,22	140,22
LMMA002	1	0	287,56	287,56
LMMA002	4	0	140,22	140,22
LMMA003	1	0	209,00	209,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LMMA003	4	0	80,64	80,64
LMMA004	1	0	280,06	247,22
LMMA004	4	0	109,14	109,14
LMMA005	1	0	756,50	526,56
LMMA005	4	0	139,66	139,66
LMMA006	1	0	230,43	218,43
LMMA006	4	0	117,58	117,58
LMMA007	1	0	265,88	241,99
LMMA007	4	0	86,14	86,14
LMMA008	1	0	201,87	201,87
LMMA008	4	0	103,64	103,64
LMMA009	1	0	201,87	201,87
LMMA009	4	0	103,64	103,64
LMMA010	1	0	201,87	201,87
LMMA010	4	0	103,64	103,64
LMMA011	1	0	201,87	201,87
LMMA011	4	0	103,64	103,64
LMMA012	1	0	201,87	201,87
LMMA012	4	0	103,64	103,64
LMMA014	1	0	201,87	201,87
LMMA014	4	0	124,54	124,54
LMMA016	1	0	201,87	201,87
LMMA017	1	0	201,87	201,87
LMMA017	4	0	103,64	103,64
LMMA018	1	0	287,56	287,56
LMMA018	4	0	140,22	140,22
LMMA019	1	0	287,56	287,56
LMMC001	1	0	287,56	287,56
LMMC001	4	0	171,57	171,57
LMMC002	1	0	227,59	216,79
LMMC002	4	0	124,54	124,54
LMMC003	1	0	201,87	201,87
LMMC003	4	0	124,54	124,54
LMMC004	1	0	287,56	287,56
LMMC004	4	0	171,57	171,57
LMMC015	1	0	280,76	260,45
LMMC015	4	0	153,37	153,37
LMMC020	1	0	259,22	247,23
LMMC020	4	0	141,58	141,58
LMSA001	1	0	420,44	331,63

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
LMSA001	4	0	402,51	402,51
LMSA002	1	0	241,06	210,56
LMSA002	4	0	117,64	117,64
LMSA003	1	2	125,40	125,40
LMSA003	1	3	199,89	199,89
LMSA003	1	1	325,88	325,88
LMSA003	4	3	171,93	171,93
LMSA003	4	1	392,61	392,61
LMSA003	4	2	96,05	96,05
LMSA004	1	0	264,46	206,05
LMSA004	4	0	97,87	97,87
LMSA005	1	0	505,52	380,98
LMSA005	4	0	271,55	271,55
LZGA001	1	0	81,54	64,84
LZGA001	4	0	48,00	48,00
MACA001	1	0	139,67	116,12
MACA001	4	0	86,88	86,88
MACA002	1	0	272,97	202,21
MACA002	4	0	108,87	108,87
MACA003	1	0	187,89	152,87
MACA003	4	0	94,21	94,21
MACA004	1	0	109,90	81,29
MACA004	4	0	80,27	80,27
MACB001	1	0	85,08	66,90
MACB001	4	0	78,07	78,07
MACB002	1	0	104,50	104,50
MACB002	4	0	78,44	78,44
MADP001	1	0	41,80	41,80
MAEP001	1	0	41,80	41,80
MAEP001	4	0	56,08	56,08
MAFA001	1	0	453,05	332,99
MAFA001	4	0	164,58	164,58
MAFA002	1	0	167,20	167,20
MAFA002	4	0	89,08	89,08
MAFA003	1	0	341,74	268,43
MAFA003	4	0	120,59	120,59
MAFA004	1	0	289,27	238,00
MAFA004	4	0	101,91	101,91
MAFA005	1	0	303,05	303,05
MAFA005	4	0	149,40	149,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MAFA006	1	0	167,20	167,20
MAFA006	4	0	103,74	103,74
MAGA001	1	0	127,62	91,58
MAGA001	4	0	94,57	94,57
MAGA002	1	0	248,86	236,50
MAGA002	4	0	125,91	125,91
MAGA003	1	0	208,45	164,79
MAGA003	4	0	105,56	105,56
MAPA001	1	0	370,10	319,99
MAPA001	4	0	157,87	157,87
MAPA002	1	0	250,80	250,80
MAPA002	4	0	125,40	125,40
MAPA003	1	0	250,80	250,80
MAPA003	4	0	128,55	128,55
MAQK001	1	0	33,80	33,80
MAQK002	1	0	34,17	34,17
MAQK003	1	0	22,61	22,61
MBAA002	1	0	396,33	335,21
MBAA002	4	0	125,40	125,40
MBCA001	1	0	204,90	201,87
MBCA001	4	0	115,44	115,44
MBCA002	1	0	343,87	282,47
MBCA002	4	0	121,68	121,68
MBCA003	1	0	249,57	227,78
MBCA003	4	0	111,78	111,78
MBCA004	1	0	197,69	197,69
MBCA004	4	0	115,07	115,07
MBCA005	1	0	281,29	281,29
MBCA005	4	0	126,00	126,00
MBCA006	1	0	384,28	341,03
MBCA006	4	0	126,74	126,74
MBCA007	1	0	197,69	197,69
MBCA007	4	0	98,58	98,58
MBCA008	1	0	265,17	254,38
MBCA008	4	0	110,97	110,97
MBCA009	1	0	323,09	323,09
MBCA009	4	0	132,44	132,44
MBCA010	1	0	239,49	239,49
MBCA010	4	0	103,64	103,64
MBCA011	1	0	302,74	258,62

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MBCA011	4	0	112,87	112,87
MBCA012	1	0	239,49	239,49
MBCA012	4	0	121,60	121,60
MBCB001	1	0	197,69	197,69
MBCB001	4	0	94,91	94,91
MBCB002	1	0	245,31	225,32
MBCB002	4	0	105,91	105,91
MBCB003	1	0	239,49	239,49
MBCB003	4	0	103,64	103,64
MBCB004	1	0	239,49	239,49
MBCB004	4	0	103,64	103,64
MBCB005	1	0	245,31	225,32
MBCB005	4	0	105,91	105,91
MBEB001	1	0	129,04	109,95
MBEP001	1	0	83,60	83,60
MBEP001	4	0	70,01	70,01
MBEP002	1	0	85,08	84,46
MBEP002	4	0	71,85	71,85
MBEP003	1	0	96,42	91,04
MBFA001	1	0	372,93	286,52
MBFA001	4	0	127,20	127,20
MBFA002	1	0	246,73	213,33
MBFA002	4	0	104,10	104,10
MBGA001	1	0	290,69	260,77
MBGA001	4	0	111,62	111,62
MBGA002	1	0	269,42	200,15
MBGA002	4	0	100,07	100,07
MBMA001	1	0	194,98	192,09
MBMA001	4	0	107,41	107,41
MBMA002	1	0	401,29	311,75
MBMA002	4	0	122,07	122,07
MBPA001	1	0	336,78	313,47
MBPA001	4	0	136,70	136,70
MBPA002	1	0	304,87	282,16
MBPA002	4	0	143,94	143,94
MBPA003	1	0	309,12	284,63
MBPA003	4	0	137,71	137,71
MBPA004	1	0	283,60	269,82
MBPA004	4	0	141,01	141,01
MBPA005	1	0	277,93	266,53

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MBPA005	4	0	141,01	141,01
MBPA006	1	0	281,29	281,29
MBPA006	4	0	118,37	118,37
MBQK001	1	0	19,95	19,95
MCAA001	1	0	343,16	326,31
MCAA001	4	0	149,40	149,40
MCCA001	1	0	158,11	144,37
MCCA001	4	0	80,64	80,64
MCCA002	1	0	194,98	165,75
MCCA002	4	0	86,88	86,88
MCCA003	1	0	240,35	240,35
MCCA003	4	0	94,66	94,66
MCCA004	1	0	168,03	150,13
MCCA004	4	0	67,81	67,81
MCCA005	1	0	149,60	139,44
MCCA005	4	0	79,55	79,55
MCCA006	1	0	297,78	273,30
MCCA006	4	0	124,24	124,24
MCCA007	1	0	349,22	349,22
MCCA007	4	0	131,29	131,29
MCCA008	1	0	260,20	251,51
MCCA008	4	0	97,85	97,85
MCCA009	1	0	267,29	255,61
MCCA009	4	0	118,01	118,01
MCCA010	1	0	239,49	239,49
MCCA010	4	0	110,68	110,68
MCCA011	1	0	192,14	164,10
MCCA011	4	0	93,47	93,47
MCCB001	1	0	157,40	143,96
MCCB001	4	0	65,98	65,98
MCCB002	1	0	176,79	176,79
MCCB002	4	0	88,09	88,09
MCCB003	1	0	157,40	143,96
MCCB003	4	0	65,98	65,98
MCCB004	1	0	125,40	125,40
MCCB004	4	0	70,74	70,74
MCCB005	1	0	239,49	239,49
MCCB005	4	0	88,09	88,09
MCCB006	1	0	239,49	239,49
MCCB006	4	0	93,45	93,45

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MCCB007	1	0	239,49	239,49
MCCB007	4	0	93,45	93,45
MCCB008	1	0	192,85	171,10
MCCB008	4	0	81,19	81,19
MCCB009	1	0	157,40	143,96
MCCB009	4	0	65,98	65,98
MCEP001	1	0	83,60	83,60
MCEP001	4	0	60,48	60,48
MCEP002	1	0	125,40	125,40
MCEP002	4	0	62,31	62,31
MCFA001	1	0	191,43	181,26
MCFA001	4	0	84,67	84,67
MCFA002	1	0	167,20	167,20
MCFA002	4	0	76,61	76,61
MCFA003	1	0	167,20	167,20
MCFA003	4	0	72,94	72,94
MCFA004	1	0	167,20	167,20
MCFA004	4	0	73,31	73,31
MCFA005	1	0	246,73	213,33
MCFA005	4	0	92,01	92,01
MCFA006	1	0	314,09	252,39
MCFA006	4	0	86,51	86,51
MCKA002	1	0	225,46	201,00
MCKA002	4	0	92,37	92,37
MCMA001	1	0	401,29	302,97
MCMA001	4	0	109,24	109,24
MCMA002	1	0	194,98	183,31
MCMA002	4	0	96,77	96,77
MCPA001	1	0	252,40	251,73
MCPA001	4	0	125,40	125,40
MCPA002	1	0	288,56	272,70
MCPA002	4	0	125,40	125,40
MCPA003	1	0	376,20	376,20
MCPA003	4	0	188,10	188,10
MCPA004	1	0	400,59	372,79
MCPA004	4	0	156,75	156,75
MCPA005	1	0	313,50	313,50
MCPA005	4	0	154,20	154,20
MCPA006	1	0	250,80	250,80
MCPA006	4	0	125,40	125,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MCPA007	1	0	376,20	376,20
MCPA007	4	0	188,10	188,10
MCPA008	1	0	861,44	578,63
MCPA008	4	0	141,86	141,86
MCPA009	1	0	334,40	334,40
MCPA009	4	0	154,20	154,20
MCPA010	1	0	250,80	250,80
MCPA010	4	0	125,40	125,40
MCPA011	1	0	386,41	368,59
MCPA011	4	0	116,89	116,89
MCPA012	1	0	343,99	343,99
MCPA012	4	0	116,89	116,89
MCPA013	1	0	216,25	204,43
MCPA013	4	0	72,00	72,00
MCPA014	1	0	188,10	188,10
MCPA014	4	0	72,00	72,00
MCQK001	1	0	19,95	19,95
MDAA001	1	0	309,12	306,57
MDAA001	4	0	188,10	188,10
MDAA002	1	0	345,28	305,60
MDAA002	4	0	125,40	125,40
MDCA001	1	0	231,13	186,72
MDCA001	4	0	75,88	75,88
MDCA002	1	0	141,80	108,58
MDCA002	4	0	72,57	72,57
MDCA003	1	0	114,86	92,95
MDCA003	4	0	75,14	75,14
MDCA004	1	0	202,07	178,64
MDCA004	4	0	102,00	102,00
MDCA005	1	0	232,55	213,88
MDCA005	4	0	85,96	85,96
MDCA006	1	0	255,95	234,03
MDCA006	4	0	97,23	97,23
MDCA007	1	0	185,05	151,22
MDCA007	4	0	76,98	76,98
MDCA008	1	0	146,30	146,30
MDCA008	4	0	95,76	95,76
MDCA009	1	0	155,98	134,36
MDCA009	4	0	79,91	79,91
MDCA010	1	0	114,86	92,95

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MDCA010	4	0	71,85	71,85
MDCA011	1	0	120,53	96,24
MDCA011	4	0	70,01	70,01
MDCA012	1	0	139,67	107,34
MDCA012	4	0	73,31	73,31
MDCA013	1	0	197,81	158,62
MDCA013	4	0	71,85	71,85
MDCA014	1	0	153,85	115,57
MDCA014	4	0	74,41	74,41
MDCB001	1	0	99,97	84,32
MDCB001	4	0	68,55	68,55
MDCB002	1	0	146,30	146,30
MDCB002	4	0	92,83	92,83
MDCB003	1	0	99,97	84,32
MDCB003	4	0	68,55	68,55
MDCB004	1	0	135,42	122,43
MDCB004	4	0	73,31	73,31
MDCB005	1	0	71,61	67,87
MDCB005	4	0	68,91	68,91
MDEA001	1	0	266,48	266,48
MDEA001	4	0	108,00	108,00
MDEA002	1	0	329,18	329,18
MDEA002	4	0	161,40	161,40
MDEA003	1	0	293,53	271,19
MDEA003	4	0	109,60	109,60
MDEA004	1	0	216,25	213,20
MDEA004	4	0	89,46	89,46
MDEP001	1	0	73,15	73,15
MDEP001	4	0	84,00	84,00
MDEP002	1	0	41,80	41,80
MDEP002	4	0	59,39	59,39
MDFA001	1	0	250,99	250,91
MDFA001	4	0	125,40	125,40
MDFA002	1	0	167,20	167,20
MDFA002	4	0	67,81	67,81
MDFA003	1	0	167,20	167,20
MDFA003	4	0	74,05	74,05
MDFA004	1	0	253,11	199,48
MDFA004	4	0	83,21	83,21
MDFA005	1	0	260,91	204,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MDFA005	4	0	94,21	94,21
MDFA006	1	0	307,71	248,70
MDFA006	4	0	81,60	81,60
MDFA007	1	0	250,80	250,80
MDFA007	4	0	125,40	125,40
MDGA001	1	0	224,75	222,53
MDGA001	4	0	85,59	85,59
MDGA002	1	0	92,17	71,01
MDGA002	4	0	68,91	68,91
MDGA003	1	0	113,44	109,69
MDGA003	4	0	64,88	64,88
MDGA004	1	0	219,45	219,45
MDGA004	4	0	91,09	91,09
MDGA005	1	0	250,80	250,80
MDGA005	4	0	125,40	125,40
MDGB001	1	0	41,80	41,80
MDHA001	1	0	104,50	104,50
MDHA001	4	0	51,32	51,32
MDMA001	1	0	265,88	224,43
MDMA001	4	0	87,60	87,60
MDPA001	1	0	376,20	376,20
MDPA001	4	0	188,10	188,10
MDPA002	1	0	250,80	250,80
MDPA002	4	0	125,40	125,40
MDPA003	1	0	376,20	376,20
MDPA003	4	0	188,10	188,10
MDPA004	1	0	303,05	303,05
MDPA004	4	0	149,40	149,40
MDPA005	1	0	250,80	250,80
MDPA005	4	0	125,40	125,40
MDQK001	1	0	19,95	19,95
MDQK002	1	0	19,95	19,95
MEDA001	1	0	514,73	386,32
MEDA001	4	0	138,12	138,12
MEEA001	1	0	247,44	233,13
MEEA001	4	0	131,39	131,39
MEEA002	1	0	292,11	263,79
MEEA002	4	0	125,91	125,91
MEEA003	1	0	185,05	177,55
MEEA003	4	0	97,14	97,14

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MEEA004	1	0	139,67	133,68
MEEA004	4	0	103,37	103,37
MEEP001	1	0	35,45	33,73
MEEP002	1	0	39,70	36,20
MEEP002	4	0	61,58	61,58
MEEP003	1	0	107,11	107,11
MEEP003	4	0	88,80	88,80
MEFA001	1	0	229,01	220,60
MEFA001	4	0	107,41	107,41
MEFA003	1	0	280,06	232,65
MEFA003	4	0	102,27	102,27
MEFA004	1	0	617,54	454,73
MEFA004	4	0	164,40	164,40
MEFC001	1	0	240,35	227,19
MEFC001	4	0	107,41	107,41
MEFC002	1	0	315,51	253,22
MEFC002	4	0	106,30	106,30
MEGA001	1	0	823,15	613,12
MEGA001	4	0	189,04	189,04
MEGA002	1	0	369,39	297,27
MEGA002	4	0	113,98	113,98
MEJA001	1	0	212,70	188,84
MEJA001	4	0	96,01	96,01
MEJC001	1	0	288,56	220,03
MEJC001	4	0	90,54	90,54
MEKA001	1	0	628,88	570,68
MEKA001	4	0	226,49	226,49
MEKA002	1	0	692,69	572,57
MEKA002	4	0	208,81	208,81
MEKA003	1	0	587,05	546,41
MEKA003	4	0	226,49	226,49
MEKA004	1	0	574,29	468,79
MEKA004	4	0	166,40	166,40
MEKA005	1	0	457,31	427,27
MEKA005	4	0	187,19	187,19
MEKA006	1	0	498,43	447,09
MEKA006	4	0	177,62	177,62
MEKA007	1	0	545,22	526,90
MEKA007	4	0	229,90	229,90
MEKA008	1	0	574,29	556,57
MEKA008	4	0	249,94	249,94
MEKA009	1	0	419,73	392,67
MEKA009	4	0	187,56	187,56
MEKA010	1	0	352,37	292,15
MEKA010	4	0	131,59	131,59
MELA001	1	0	458,01	423,65
MELA001	4	0	190,45	190,45
MELH001	1	0	42,21	19,20
MEMA001	1	0	173,71	153,42
MEMA001	4	0	90,91	90,91
MEMA003	1	0	504,10	415,26
MEMA003	4	0	175,32	175,32
MEMA005	1	0	313,38	282,34
MEMA005	4	0	134,06	134,06
MEMA006	1	0	212,70	211,15
MEMA006	4	0	92,37	92,37
MEMA008	1	0	427,53	397,19
MEMA008	4	0	154,20	154,20
MEMA009	1	0	376,20	376,20
MEMA009	4	0	167,20	167,20
MEMA011	1	0	125,40	125,40
MEMA011	4	0	91,64	91,64
MEMA012	1	0	327,56	277,76
MEMA012	4	0	94,93	94,93
MEMA014	1	0	398,46	318,88
MEMA014	4	0	107,04	107,04
MEMA015	1	0	253,82	235,00
MEMA015	4	0	105,93	105,93
MEMA016	1	0	438,87	403,77
MEMA016	4	0	154,20	154,20
MEMA017	1	0	292,60	292,60
MEMA017	4	0	116,56	116,56
MEMA018	1	0	301,33	275,36
MEMA018	4	0	121,23	121,23
MEMC001	1	0	209,86	174,39
MEMC001	4	0	105,57	105,57
MEMC002	1	0	389,95	313,95
MEMC002	4	0	96,41	96,41
MEMC003	1	0	309,12	280,24
MEMC003	4	0	114,58	114,58

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MEMC004	1	0	312,67	269,13
MEMC004	4	0	114,74	114,74
MEMC005	1	0	392,79	350,71
MEMC005	4	0	135,26	135,26
MEMP001	1	0	41,80	41,80
MEPA001	1	0	240,35	209,63
MEPA001	4	0	101,54	101,54
MEPC001	1	0	235,39	206,75
MEPC001	4	0	101,54	101,54
MEQC001	1	0	177,25	155,47
MEQC001	4	0	66,35	66,35
MEQC002	1	0	207,03	172,75
MEQC002	4	0	69,65	69,65
MEQH001	1	0	79,80	79,80
MERP001	1	0	61,68	43,84
MERP001	4	0	61,58	61,58
MFCA001	1	0	209,00	209,00
MFCA001	4	0	89,80	89,80
MFDA001	1	0	425,40	334,51
MFDA001	4	0	111,72	111,72
MFDA002	1	0	298,49	238,60
MFDA002	4	0	93,08	93,08
MFEA001	1	0	167,20	167,20
MFEA001	4	0	72,94	72,94
MFEA002	1	0	182,88	182,88
MFEA002	4	0	94,75	94,75
MFEA003	1	0	220,00	220,00
MFEA003	4	0	103,92	103,92
MFEB001	1	0	177,25	162,05
MFEB001	4	0	89,63	89,63
MFEP001	1	0	31,35	31,35
MFEP002	1	0	63,10	62,93
MFEP002	4	0	65,24	65,24
MFFA001	1	0	473,61	344,92
MFFA001	4	0	147,73	147,73
MFFA002	1	0	306,29	247,87
MFFA002	4	0	107,41	107,41
MFFA003	1	0	85,08	66,90
MFFA003	4	0	76,24	76,24
MFFC001	1	0	321,18	256,50
MFFC001	4	0	111,07	111,07
MFGA001	1	0	323,30	270,54
MFGA001	4	0	115,44	115,44
MFJA001	1	0	184,34	142,03
MFJA001	4	0	92,73	92,73
MFJC001	1	0	217,66	178,92
MFJC001	4	0	96,04	96,04
MFKA001	1	0	619,67	539,00
MFKA001	4	0	205,59	205,59
MFKA003	1	0	531,75	440,08
MFKA003	4	0	153,45	153,45
MFMA001	1	0	489,92	407,05
MFMA001	4	0	163,59	163,59
MFMA003	1	0	370,81	346,74
MFMA003	4	0	146,30	146,30
MFMA005	1	0	411,93	326,70
MFMA005	4	0	103,37	103,37
MFMP001	1	0	38,19	35,32
MFPA001	1	0	348,83	307,66
MFPA001	4	0	112,90	112,90
MFPA002	1	0	309,12	249,51
MFPA002	4	0	89,08	89,08
MFPA003	1	0	342,45	290,79
MFPA003	4	0	101,72	101,72
MFPC001	1	0	338,19	266,38
MFPC001	4	0	102,27	102,27
MFQC001	1	0	205,61	171,92
MFQC001	4	0	50,58	50,58
MFQH001	1	0	57,19	57,19
MFQK001	1	0	28,83	28,83
MFQK002	1	0	19,95	19,95
MFRP001	1	0	56,01	40,55
MFRP001	4	0	50,95	50,95
MGCA001	1	0	205,61	171,92
MGCA001	4	0	65,25	65,25
MGCC001	1	0	194,27	165,35
MGCC001	4	0	64,51	64,51
MGDA001	1	0	250,99	198,24
MGDA001	4	0	72,94	72,94
MGDA002	1	0	309,12	231,96

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MGDA002	4	0	75,51	75,51
MGEA001	1	0	298,49	249,93
MGEA001	4	0	93,66	93,66
MGEA002	1	0	238,22	190,84
MGEA002	4	0	78,81	78,81
MGEP002	1	0	75,86	57,17
MGEP002	4	0	62,31	62,31
MGFA001	1	0	370,81	285,29
MGFA001	4	0	126,83	126,83
MGFA002	1	0	125,40	125,40
MGFA002	4	0	61,95	61,95
MGFA003	1	0	205,61	198,26
MGFA003	4	0	72,00	72,00
MGFA004	1	0	229,90	229,90
MGFA004	4	0	81,60	81,60
MGFA005	1	0	153,85	141,90
MGFA005	4	0	53,15	53,15
MGFA006	1	0	376,20	376,20
MGFA006	4	0	188,10	188,10
MGFA007	1	0	81,54	64,84
MGFA007	4	0	51,69	51,69
MGFC001	1	0	188,59	162,05
MGFC001	4	0	69,28	69,28
MGFC002	1	0	239,64	191,66
MGFC002	4	0	60,48	60,48
MGFC003	1	0	253,82	226,22
MGFC003	4	0	72,76	72,76
MGGA001	1	0	219,08	210,10
MGGA001	4	0	91,25	91,25
MGGA002	1	0	197,69	197,69
MGGA002	4	0	93,08	93,08
MGJA001	1	0	134,71	113,25
MGJA001	4	0	69,65	69,65
MGJC001	1	0	192,14	164,10
MGJC001	4	0	92,38	92,38
MGKA001	1	0	428,24	384,08
MGKA001	4	0	144,33	144,33
MGKA002	1	0	370,81	320,40
MGKA002	4	0	125,63	125,63
MGKA003	1	0	287,85	237,18
MGKA003	4	0	94,21	94,21
MGMA002	1	0	304,16	272,98
MGMA002	4	0	97,32	97,32
MGMA003	1	0	336,78	287,50
MGMA003	4	0	130,40	130,40
MGMA004	1	0	165,91	148,90
MGMA004	4	0	59,38	59,38
MGMA005	1	0	173,71	166,22
MGMA005	4	0	78,49	78,49
MGMA006	1	0	370,81	320,40
MGMA006	4	0	112,07	112,07
MGMP001	1	0	44,89	34,82
MGPA001	1	0	197,10	166,99
MGPA001	4	0	91,64	91,64
MGQC001	1	0	235,39	189,20
MGQC001	4	0	54,25	54,25
MGQH001	1	0	69,16	69,16
MGQK001	1	0	29,26	29,26
MGQK002	1	0	29,26	29,26
MGQK003	1	0	19,95	19,95
MGRP001	1	0	56,01	40,55
MGRP001	4	0	48,00	48,00
MHCA001	1	0	183,63	163,57
MHCA001	4	0	70,74	70,74
MHCA002	1	0	166,62	149,30
MHCA002	4	0	65,61	65,61
MHCA003	1	0	138,26	124,08
MHCA003	4	0	63,78	63,78
MHDA001	1	0	190,72	163,29
MHDA001	4	0	63,78	63,78
MHDA002	1	0	211,99	175,63
MHDA002	4	0	67,44	67,44
MHDA003	1	0	224,04	182,61
MHDA003	4	0	70,75	70,75
MHDA004	1	0	184,34	159,59
MHDA004	4	0	67,08	67,08
MHDA005	1	0	153,85	124,34
MHDA005	4	0	58,65	58,65
MHDB001	1	0	83,60	83,60
MHEA001	1	0	146,30	146,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MHEA001	4	0	71,11	71,11
MHEA002	1	0	168,03	150,13
MHEA002	4	0	90,17	90,17
MHEA003	1	0	107,77	102,01
MHEA003	4	0	65,98	65,98
MHEA004	1	0	133,29	129,97
MHEA004	4	0	82,10	82,10
MHEP001	1	0	68,77	66,22
MHEP001	4	0	83,60	83,60
MHEP002	1	0	33,44	33,44
MHEP003	1	0	71,61	59,09
MHEP004	1	0	71,61	59,09
MHFA001	1	0	129,75	119,14
MHFA001	4	0	57,60	57,60
MHFA002	1	0	92,88	71,43
MHFA002	4	0	52,41	52,41
MHFA003	1	0	167,32	154,11
MHFA003	4	0	48,00	48,00
MHJA001	1	0	106,35	96,80
MHJA001	4	0	56,08	56,08
MHMA001	1	0	220,50	184,94
MHMA001	4	0	88,71	88,71
MHMA002	1	0	154,56	133,54
MHMA002	4	0	74,78	74,78
MHMA003	1	0	748,70	688,81
MHMA003	4	0	266,48	266,48
MHMA004	1	0	378,61	351,26
MHMA004	4	0	98,42	98,42
MHMA005	1	0	236,81	190,01
MHMA005	4	0	85,04	85,04
MHMP001	1	0	76,80	76,80
MHMP002	1	0	38,40	38,40
MHMP003	1	0	38,40	38,40
MHMP004	1	0	76,80	76,80
MHMP006	1	0	76,80	76,80
MHMP007	1	0	38,40	38,40
MHPA001	1	0	186,47	160,82
MHPA001	4	0	61,58	61,58
MHPA002	1	0	141,09	125,73
MHPA002	4	0	55,35	55,35
MHPA003	1	0	250,80	250,80
MHPA003	4	0	81,60	81,60
MHPA004	1	0	219,45	219,45
MHPA004	4	0	72,00	72,00
MHQH001	1	0	39,90	39,90
MHQP001	1	0	41,12	27,88
MHQP001	4	0	52,05	52,05
MJAA001	1	0	253,11	252,14
MJAA001	4	0	104,50	104,50
MJAA002	1	0	266,58	259,96
MJAA002	4	0	104,50	104,50
MJCA001	1	0	192,85	164,52
MJCA001	4	0	58,28	58,28
MJCA002	1	0	236,81	207,57
MJCA002	4	0	72,94	72,94
MJCA003	1	0	411,93	400,95
MJCA003	4	0	194,99	194,99
MJCA005	1	0	312,64	312,64
MJCA005	4	0	138,49	138,49
MJCA006	1	0	265,88	259,18
MJCA006	4	0	114,49	114,49
MJCA007	1	0	354,44	354,44
MJCA007	4	0	148,09	148,09
MJCA008	1	0	303,45	298,53
MJCA008	4	0	124,09	124,09
MJCA010	1	0	446,67	438,66
MJCA010	4	0	217,77	217,77
MJCA012	1	0	106,35	105,57
MJCA012	4	0	56,82	56,82
MJDA001	1	0	164,49	160,88
MJDA001	4	0	86,85	86,85
MJDC001	1	0	345,28	337,71
MJDC001	4	0	159,52	159,52
MJEA001	1	0	305,58	282,57
MJEA001	4	0	95,23	95,23
MJEA002	1	0	246,73	222,11
MJEA002	4	0	80,64	80,64
MJEA003	1	0	385,70	342,21
MJEA003	4	0	109,88	109,88
MJEA004	1	0	154,56	137,92

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MJEA004	4	0	56,82	56,82
MJEA005	1	0	281,29	281,29
MJEA005	4	0	134,99	134,99
MJEA006	1	0	355,92	346,51
MJEA006	4	0	138,53	138,53
MJEA007	1	0	218,37	179,32
MJEA007	4	0	76,98	76,98
MJEA008	1	0	321,18	304,42
MJEA008	4	0	134,99	134,99
MJEA009	1	0	218,37	214,43
MJEA009	4	0	78,44	78,44
MJEA010	1	0	302,19	302,19
MJEA010	4	0	123,69	123,69
MJEA011	1	0	217,66	196,47
MJEA011	4	0	84,98	84,98
MJEA012	1	0	505,52	398,54
MJEA012	4	0	87,53	87,53
MJEA013	1	0	275,80	252,14
MJEA013	4	0	91,57	91,57
MJEA014	1	0	256,66	219,08
MJEA014	4	0	73,31	73,31
MJEA015	1	0	313,50	313,50
MJEA015	4	0	108,77	108,77
MJEA016	1	0	332,52	298,20
MJEA016	4	0	84,60	84,60
MJEA017	1	0	225,46	196,24
MJEA017	4	0	78,49	78,49
MJEA018	1	0	250,80	250,80
MJEA018	4	0	90,10	90,10
MJEA019	1	0	192,14	176,91
MJEA019	4	0	96,38	96,38
MJEA020	1	0	385,70	355,37
MJEA020	4	0	126,00	126,00
MJEA021	1	0	434,62	357,41
MJEA021	4	0	88,63	88,63
MJEC001	1	0	367,97	340,35
MJEC001	4	0	130,28	130,28
MJEC002	1	0	425,40	386,82
MJEC002	4	0	148,07	148,07
MJFA001	1	0	222,63	194,59

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MJFA001	4	0	97,12	97,12
MJFA002	1	0	355,30	355,30
MJFA002	4	0	154,20	154,20
MJFA003	1	0	72,32	59,50
MJFA003	4	0	59,74	59,74
MJFA004	1	0	209,00	209,00
MJFA004	4	0	62,31	62,31
MJFA005	1	0	85,79	62,92
MJFA005	4	0	48,02	48,02
MJFA006	1	0	376,20	376,20
MJFA006	4	0	125,40	125,40
MJFA007	1	0	292,60	292,60
MJFA007	4	0	87,97	87,97
MJFA008	1	0	87,92	69,14
MJFA008	4	0	72,00	72,00
MJFA009	1	0	160,94	146,02
MJFA009	4	0	60,85	60,85
MJFA010	1	0	376,20	376,20
MJFA010	4	0	125,40	125,40
MJFA011	1	0	265,17	251,67
MJFA011	4	0	98,60	98,60
MJFA012	1	0	209,00	209,00
MJFA012	4	0	72,21	72,21
MJFA013	1	0	339,61	315,48
MJFA013	4	0	112,53	112,53
MJFA014	1	0	250,80	250,80
MJFA014	4	0	73,59	73,59
MJFA015	1	0	209,00	209,00
MJFA015	4	0	66,35	66,35
MJFA016	1	0	288,56	281,48
MJFA016	4	0	103,36	103,36
MJFA017	1	0	220,50	208,21
MJFA017	4	0	80,46	80,46
MJFA018	1	0	209,00	209,00
MJFA018	4	0	70,01	70,01
MJFC001	1	0	288,56	232,84
MJFC001	4	0	105,54	105,54
MJGA001	1	0	143,93	101,03
MJGA001	4	0	78,07	78,07
MJJA001	1	0	141,09	125,73

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MJJA001	4	0	59,74	59,74
MJJA002	1	0	115,57	110,92
MJJA002	4	0	63,41	63,41
MJJA003	1	0	82,95	65,67
MJJA003	4	0	64,15	64,15
MJJA004	1	0	224,75	191,80
MJJA004	4	0	84,13	84,13
MJMA002	1	0	190,72	167,68
MJMA002	4	0	84,00	84,00
MJMA003	1	0	384,99	363,38
MJMA003	4	0	137,44	137,44
MJMA006	1	2	229,72	203,46
MJMA006	1	1	167,32	167,27
MJMA006	4	2	65,24	65,24
MJMA006	4	1	65,24	65,24
MJMA009	1	0	462,98	338,75
MJMA009	4	0	78,81	78,81
MJMA010	1	0	146,76	137,79
MJMA010	4	0	57,55	57,55
MJMA012	1	0	167,20	167,20
MJMA012	4	0	68,55	68,55
MJMA013	1	0	229,72	203,46
MJMA013	4	0	65,24	65,24
MJMA014	1	2	462,98	338,75
MJMA014	1	1	167,32	167,27
MJMA014	4	2	78,81	78,81
MJMA014	4	1	65,24	65,24
MJMA015	1	0	385,79	385,79
MJMA015	4	0	194,99	194,99
MJMA016	1	0	276,07	276,07
MJMA016	4	0	144,87	144,87
MJPA001	1	0	376,48	336,50
MJPA001	4	0	165,57	165,57
MJPA002	1	0	167,20	167,20
MJPA002	4	0	77,71	77,71
MJPA003	1	0	269,42	239,66
MJPA003	4	0	108,50	108,50
MJPA004	1	0	322,60	252,58
MJPA004	4	0	129,37	129,37
MJPA005	1	0	125,40	125,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MJPA005	4	0	64,15	64,15
MJPA006	1	0	219,08	192,54
MJPA006	4	0	104,08	104,08
MJPA007	1	0	165,91	162,06
MJPA007	4	0	83,39	83,39
MJPA008	1	0	254,53	235,41
MJPA008	4	0	112,89	112,89
MJPA009	1	0	146,76	137,79
MJPA009	4	0	77,71	77,71
MJPA010	1	0	38,29	30,99
MJPA010	4	0	57,91	57,91
MJPA011	1	0	209,00	209,00
MJPA011	4	0	77,71	77,71
MJPA012	1	0	281,29	281,29
MJPA012	4	0	134,99	134,99
MJPA013	1	0	62,70	62,70
MJPA013	4	0	56,45	56,45
MJPA014	1	0	245,31	212,51
MJPA014	4	0	104,49	104,49
MJPB001	1	0	48,92	41,54
MJPB001	4	0	48,39	48,39
MZEA001	1	0	1 321,59	1 321,59
MZEA001	4	0	515,11	515,11
MZEA002	1	0	1 144,33	986,38
MZEA002	4	0	307,42	307,42
MZEA003	1	0	1 690,47	1 690,47
MZEA003	4	0	653,57	653,57
MZEA004	1	0	421,15	402,27
MZEA004	4	0	122,34	122,34
MZEA005	1	0	401,29	320,53
MZEA005	4	0	92,37	92,37
MZEA007	1	0	1 018,83	913,59
MZEA007	4	0	345,02	345,02
MZEA008	1	0	511,90	454,90
MZEA008	4	0	128,20	128,20
MZEA009	1	0	394,86	394,86
MZEA009	4	0	114,00	114,00
MZEA010	1	0	736,73	736,73
MZEA010	4	0	276,93	276,93
MZEA011	1	0	1 018,83	913,59

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MZEA011	4	0	307,42	307,42
MZEA012	1	0	1 690,47	1 690,47
MZEA012	4	0	653,57	653,57
MZFA001	1	0	246,73	195,77
MZFA001	4	0	76,98	76,98
MZFA002	1	0	389,95	278,84
MZFA002	4	0	82,84	82,84
MZFA003	1	0	328,98	243,47
MZFA003	4	0	81,38	81,38
MZFA004	1	0	349,54	255,40
MZFA004	4	0	82,11	82,11
MZFA005	1	0	411,22	291,18
MZFA005	4	0	83,94	83,94
MZFA006	1	0	167,20	167,20
MZFA006	4	0	89,44	89,44
MZFA007	1	0	151,73	101,16
MZFA007	4	0	77,52	77,52
MZFA008	1	0	101,39	67,58
MZFA008	4	0	61,24	61,24
MZFA009	1	0	448,72	448,72
MZFA009	4	0	139,18	139,18
MZFA010	1	0	658,66	513,69
MZFA010	4	0	160,80	160,80
MZFA011	1	0	309,83	232,37
MZFA011	4	0	76,24	76,24
MZFA012	1	0	115,57	115,30
MZFA012	4	0	77,55	77,55
MZFA013	1	0	131,87	85,26
MZFA013	4	0	67,44	67,44
MZFA014	1	0	116,99	76,63
MZFA014	4	0	59,41	59,41
MZFA015	1	0	253,94	253,94
MZFA015	4	0	115,20	115,20
MZGA003	1	0	180,09	148,34
MZGA003	4	0	89,07	89,07
MZGA004	1	0	227,59	224,17
MZGA004	4	0	105,38	105,38
MZHA001	1	0	138,26	124,08
MZHA001	4	0	65,24	65,24
MZHB001	1	0	38,86	28,59

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
MZHB002	1	0	28,81	20,74
MZHH001	1	0	24,79	9,60
MZHH002	1	0	27,36	9,60
MZHH003	1	0	76,80	76,80
MZHH004	1	0	76,80	76,80
MZJB001	1	0	83,60	83,60
MZLB001	1	0	26,13	26,13
MZLH001	1	0	23,52	9,60
MZLH002	1	0	18,76	9,60
MZMA001	1	0	737,77	737,77
MZMA001	4	0	292,60	292,60
MZMA002	1	0	940,84	868,36
MZMA002	4	0	307,42	307,42
MZMA003	1	0	940,84	868,36
MZMA003	4	0	307,42	307,42
MZMA004	1	0	387,11	309,75
MZMA004	4	0	122,95	122,95
MZMP001	1	0	31,35	31,35
MZMP002	1	0	64,52	63,30
MZMP004	1	0	29,07	25,64
MZMP006	1	0	26,23	25,23
MZMP007	1	0	41,80	41,80
MZMP011	1	0	34,57	34,57
MZMP013	1	0	34,03	28,52
MZMP015	1	0	63,30	63,30
MZPA002	1	0	304,87	264,61
MZPA002	4	0	123,55	123,55
MZQH001	1	0	79,80	79,80
MZQH002	1	0	25,27	25,27
MZQJ001	1	0	55,00	55,00
MZQK001	1	0	39,90	39,90
MZQK002	1	0	25,27	25,27
MZQK003	1	0	29,26	29,26
MZQK004	1	0	39,90	39,90
MZQN001	1	0	55,00	55,00
MZQP001	1	0	39,00	26,65
MZQP001	4	0	50,58	50,58
NACA001	1	0	336,78	283,11
NACA001	4	0	134,82	134,82
NACA002	1	0	397,04	318,06

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NACA002	4	0	186,50	186,50
NACA003	1	0	404,84	392,09
NACA003	4	0	186,38	186,38
NACA004	1	0	812,51	689,98
NACA004	4	0	300,71	300,71
NACA005	1	0	383,57	340,61
NACA005	4	0	152,00	152,00
NACB001	1	0	211,99	193,18
NACB001	4	0	86,88	86,88
NAEP001	1	0	112,73	96,11
NAEP002	1	0	134,71	108,85
NAEP002	4	0	49,48	49,48
NAFA001	1	0	823,15	674,93
NAFA001	4	0	348,77	348,77
NAFA002	1	0	203,48	188,24
NAFA002	4	0	96,77	96,77
NAFA003	1	0	1 029,47	794,59
NAFA003	4	0	376,63	376,63
NAFA004	1	0	286,44	236,36
NAFA004	4	0	138,19	138,19
NAFA006	1	0	514,73	430,22
NAFA006	4	0	249,15	249,15
NAGA001	1	0	200,65	151,49
NAGA001	4	0	97,87	97,87
NAGA002	1	0	258,79	242,26
NAGA002	4	0	115,28	115,28
NAGA003	1	0	211,28	166,44
NAGA003	4	0	90,54	90,54
NAHA001	1	0	250,99	189,46
NAHA001	4	0	56,45	56,45
NAHA002	1	0	170,87	142,99
NAHA002	4	0	51,32	51,32
NAHB001	1	0	64,32	63,64
NAHB002	1	0	75,04	69,86
NAMA002	1	0	606,90	545,12
NAMA002	4	0	348,02	348,02
NAPA001	1	0	554,44	519,08
NAPA001	4	0	188,10	188,10
NAPA002	1	0	527,50	490,29
NAPA002	4	0	187,51	187,51
NAPA003	1	0	497,01	463,82
NAPA003	4	0	187,51	187,51
NAPA004	1	0	440,29	387,04
NAPA004	4	0	141,74	141,74
NAPA005	1	0	511,19	480,83
NAPA005	4	0	195,58	195,58
NAPA006	1	0	606,90	483,67
NAPA006	4	0	173,26	173,26
NAPA007	1	0	484,96	412,94
NAPA007	4	0	154,94	154,94
NAPA008	1	0	665,04	583,23
NAPA008	4	0	208,03	208,03
NAQK007	1	0	33,25	33,25
NAQK015	1	0	19,95	19,95
NAQK023	1	0	46,55	46,55
NAQK049	1	0	31,29	31,29
NAQK071	1	0	23,47	23,47
NBAA001	1	0	444,54	415,48
NBAA001	4	0	193,22	193,22
NBAA003	1	0	406,97	354,54
NBAA003	4	0	161,17	161,17
NBAA004	1	0	449,51	379,22
NBAA004	4	0	156,04	156,04
NBAA005	1	0	423,98	364,41
NBAA005	4	0	155,67	155,67
NBAA006	1	0	412,64	385,54
NBAA006	4	0	175,54	175,54
NBCA001	1	0	194,98	169,79
NBCA001	4	0	117,28	117,28
NBCA002	1	0	140,38	138,12
NBCA002	4	0	103,71	103,71
NBCA003	1	0	442,42	440,22
NBCA003	4	0	190,44	190,44
NBCA004	1	0	281,29	281,29
NBCA004	4	0	218,59	218,59
NBCA005	1	0	374,48	374,48
NBCA005	4	0	186,38	186,38
NBCA006	1	0	374,48	374,48
NBCA006	4	0	186,38	186,38
NBCA007	1	0	292,82	287,97

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NBCA007	4	0	162,61	162,61
NBCA008	1	0	197,69	197,69
NBCA008	4	0	155,89	155,89
NBCA009	1	0	499,88	499,88
NBCA009	4	0	249,08	249,08
NBCA010	1	0	374,48	374,48
NBCA010	4	0	186,38	186,38
NBCA011	1	0	333,23	311,42
NBCA011	4	0	172,15	172,15
NBCA012	1	0	374,48	374,48
NBCA012	4	0	186,38	186,38
NBCA013	1	0	374,48	374,48
NBCA013	4	0	186,38	186,38
NBCA014	1	0	374,48	374,48
NBCA014	4	0	186,38	186,38
NBCA015	1	0	374,48	374,48
NBCA015	4	0	186,38	186,38
NBCB001	1	0	281,29	281,29
NBCB001	4	0	155,89	155,89
NBCB002	1	0	281,29	281,29
NBCB002	4	0	155,89	155,89
NBCB003	1	0	164,49	139,30
NBCB003	4	0	81,01	81,01
NBCB004	1	0	322,60	305,25
NBCB004	4	0	156,38	156,38
NBCB005	1	0	281,29	281,29
NBCB005	4	0	155,89	155,89
NBCB006	1	0	374,48	374,48
NBCB006	4	0	186,38	186,38
NBDA004	1	0	170,16	133,80
NBDA004	4	0	80,27	80,27
NBDA013	1	0	192,14	164,11
NBDA013	4	0	95,85	95,85
NBEB001	1	0	167,20	167,20
NBEP001	1	0	167,20	167,20
NBEP002	1	0	167,20	167,20
NBEP002	4	0	70,75	70,75
NBFA001	1	0	174,41	171,38
NBFA001	4	0	77,34	77,34
NBFA002	1	0	476,45	473,85

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NBFA002	4	0	188,10	188,10
NBFA003	1	0	246,73	222,11
NBFA003	4	0	100,37	100,37
NBFA004	1	0	205,61	189,48
NBFA004	4	0	92,01	92,01
NBFA005	1	0	185,05	177,55
NBFA005	4	0	82,10	82,10
NBFA006	1	0	493,46	483,71
NBFA006	4	0	188,10	188,10
NBFA007	1	0	411,93	309,14
NBFA007	4	0	164,58	164,58
NBFA008	1	0	403,42	339,32
NBFA008	4	0	137,73	137,73
NBFA009	1	0	233,97	205,92
NBFA009	4	0	89,44	89,44
NBGA001	1	0	299,91	266,11
NBGA001	4	0	111,99	111,99
NBGA002	1	0	194,98	156,98
NBGA002	4	0	79,91	79,91
NBGA003	1	0	307,71	222,36
NBGA003	4	0	93,84	93,84
NBGA004	1	0	250,28	210,99
NBGA004	4	0	103,55	103,55
NBGA005	1	0	347,41	293,67
NBGA005	4	0	116,38	116,38
NBGA006	1	0	241,77	232,40
NBGA006	4	0	97,68	97,68
NBGA007	1	0	104,22	95,57
NBGA007	4	0	59,02	59,02
NBGA010	1	0	333,16	333,16
NBGA010	4	0	158,60	158,60
NBGA015	1	0	354,50	306,20
NBGA015	4	0	138,81	138,81
NBMA001	1	0	504,10	424,05
NBMA001	4	0	197,46	197,46
NBMA002	1	0	243,90	211,68
NBMA002	4	0	88,71	88,71
NBMA003	1	0	313,50	313,50
NBMA003	4	0	163,73	163,73
NBPA001	1	0	728,14	652,75

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NBPA001	4	0	269,58	269,58
NBPA002	1	0	508,35	470,41
NBPA002	4	0	203,65	203,65
NBPA003	1	0	321,18	317,95
NBPA003	4	0	144,31	144,31
NBPA004	1	0	453,76	447,52
NBPA004	4	0	201,80	201,80
NBPA005	1	0	406,69	406,69
NBPA005	4	0	218,59	218,59
NBPA006	1	0	581,38	567,62
NBPA006	4	0	219,45	219,45
NBPA007	1	0	548,63	548,63
NBPA007	4	0	222,67	222,67
NBPA008	1	0	925,39	925,39
NBPA008	4	0	315,04	315,04
NBPA009	1	0	455,89	404,86
NBPA009	4	0	163,92	163,92
NBPA010	1	0	446,67	390,74
NBPA010	4	0	154,57	154,57
NBPA011	1	0	458,01	397,32
NBPA011	4	0	153,84	153,84
NBPA012	1	0	794,20	794,20
NBPA012	4	0	284,62	284,62
NBPA013	1	0	504,10	424,05
NBPA013	4	0	168,50	168,50
NBPA014	1	0	313,50	313,50
NBPA014	4	0	125,40	125,40
NBPA015	1	0	663,62	569,24
NBPA015	4	0	231,86	231,86
NBPA016	1	0	406,69	406,69
NBPA016	4	0	218,59	218,59
NBPA017	1	0	355,21	337,69
NBPA017	4	0	139,18	139,18
NBPA018	1	0	392,79	359,48
NBPA018	4	0	153,10	153,10
NBPA019	1	0	606,90	483,67
NBPA019	4	0	181,70	181,70
NBPA020	1	0	313,50	313,50
NBPA020	4	0	150,90	150,90
NBQK001	1	0	19,95	19,95

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NCCA001	1	0	197,69	197,69
NCCA001	4	0	117,58	117,58
NCCA002	1	0	237,52	220,79
NCCA002	4	0	112,44	112,44
NCCA003	1	0	220,50	198,11
NCCA003	4	0	104,77	104,77
NCCA004	1	0	323,30	275,30
NCCA004	4	0	143,99	143,99
NCCA005	1	0	182,21	175,90
NCCA005	4	0	90,48	90,48
NCCA006	1	0	225,46	213,79
NCCA006	4	0	118,67	118,67
NCCA007	1	0	219,08	197,29
NCCA007	4	0	106,60	106,60
NCCA008	1	0	267,29	225,25
NCCA008	4	0	109,90	109,90
NCCA009	1	0	257,37	232,30
NCCA009	4	0	115,38	115,38
NCCA010	1	0	197,69	197,69
NCCA010	4	0	117,94	117,94
NCCA011	1	0	216,95	208,87
NCCA011	4	0	111,71	111,71
NCCA012	1	0	160,23	136,82
NCCA012	4	0	79,91	79,91
NCCA013	1	0	251,70	233,76
NCCA013	4	0	102,20	102,20
NCCA014	1	0	112,02	108,86
NCCA014	4	0	71,48	71,48
NCCA015	1	0	260,91	239,11
NCCA015	4	0	123,82	123,82
NCCA016	1	0	199,23	198,58
NCCA016	4	0	110,61	110,61
NCCA017	1	0	260,91	234,36
NCCA017	4	0	122,71	122,71
NCCA018	1	0	360,17	296,68
NCCA018	4	0	121,63	121,63
NCCA019	1	0	250,28	228,19
NCCA019	4	0	111,71	111,71
NCCB001	1	0	236,10	219,96
NCCB001	4	0	142,87	142,87

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NCCB002	1	0	197,69	197,69
NCCB002	4	0	110,61	110,61
NCCB003	1	0	211,99	205,99
NCCB003	4	0	118,31	118,31
NCCB004	1	0	211,99	205,99
NCCB004	4	0	118,67	118,67
NCCB005	1	0	197,69	197,69
NCCB005	4	0	106,58	106,58
NCCB006	1	0	236,10	219,96
NCCB006	4	0	117,21	117,21
NCCB007	1	0	197,69	197,69
NCCB007	4	0	106,58	106,58
NCCC001	1	0	224,04	200,17
NCCC001	4	0	106,97	106,97
NCEA001	1	0	322,60	292,08
NCEA001	4	0	132,05	132,05
NCEP001	1	0	187,89	152,87
NCEP002	1	0	113,44	109,69
NCEP002	4	0	64,15	64,15
NCFA001	1	0	476,45	381,67
NCFA001	4	0	190,61	190,61
NCFA002	1	0	250,80	250,80
NCFA002	4	0	103,01	103,01
NCFA003	1	0	322,60	257,33
NCFA003	4	0	95,67	95,67
NCFA004	1	0	462,98	400,20
NCFA004	4	0	138,09	138,09
NCFA005	1	0	246,73	213,33
NCFA005	4	0	91,64	91,64
NCFA006	1	0	188,10	188,10
NCFA006	4	0	79,84	79,84
NCFA007	1	0	454,47	395,26
NCFA007	4	0	138,83	138,83
NCFA008	1	0	391,37	310,02
NCFA008	4	0	172,63	172,63
NCFA009	1	0	197,69	197,69
NCFA009	4	0	131,20	131,20
NCGA001	1	0	192,14	164,10
NCGA001	4	0	78,44	78,44
NCGA002	1	0	250,80	250,80

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NCGA002	4	0	99,16	99,16
NCMA001	1	0	452,34	341,36
NCMA001	4	0	164,58	164,58
NCMA002	1	0	226,17	210,18
NCMA002	4	0	125,36	125,36
NCPA001	1	0	250,80	250,80
NCPA001	4	0	125,40	125,40
NCPA002	1	0	250,80	250,80
NCPA002	4	0	125,40	125,40
NCPA003	1	0	334,65	299,43
NCPA003	4	0	125,40	125,40
NCPA004	1	0	483,54	429,68
NCPA004	4	0	167,73	167,73
NCPA005	1	0	477,87	460,62
NCPA005	4	0	198,55	198,55
NCPA006	1	0	365,84	356,66
NCPA006	4	0	182,02	182,02
NCPA007	1	0	167,20	167,20
NCPA007	4	0	74,77	74,77
NCPA008	1	0	343,99	343,99
NCPA008	4	0	138,49	138,49
NCPA009	1	0	292,60	292,60
NCPA009	4	0	142,66	142,66
NCPA010	1	0	281,29	281,29
NCPA010	4	0	140,22	140,22
NCPA011	1	0	438,90	438,90
NCPA011	4	0	219,45	219,45
NCPA012	1	0	863,56	685,21
NCPA012	4	0	243,56	243,56
NCPA013	1	0	292,60	292,60
NCPA013	4	0	139,80	139,80
NCPA014	1	0	418,31	365,51
NCPA014	4	0	148,52	148,52
NCPA015	1	0	314,80	305,47
NCPA015	4	0	139,80	139,80
NCPA016	1	0	387,11	347,42
NCPA016	4	0	139,80	139,80
NCQK001	1	0	19,95	19,95
NDAA001	1	0	309,12	284,63
NDAA001	4	0	125,40	125,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NDAA002	1	0	345,28	305,60
NDAA002	4	0	149,44	149,44
NDCA001	1	0	236,10	219,96
NDCA001	4	0	138,83	138,83
NDCA002	1	0	92,17	79,80
NDCA002	4	0	69,28	69,28
NDCA003	1	0	142,51	122,15
NDCA003	4	0	83,76	83,76
NDCA004	1	0	328,98	273,83
NDCA004	4	0	172,92	172,92
NDCA005	1	0	231,13	217,09
NDCA005	4	0	135,54	135,54
NDCA006	1	0	187,18	152,45
NDCA006	4	0	107,40	107,40
NDCB001	1	0	170,16	168,56
NDCB001	4	0	116,54	116,54
NDCB002	1	0	96,42	95,42
NDCB002	4	0	81,56	81,56
NDCB003	1	0	74,45	69,52
NDCB003	4	0	83,57	83,57
NDCB004	1	0	197,69	197,69
NDCB004	4	0	123,43	123,43
NDDA001	1	0	214,12	207,22
NDDA001	4	0	129,67	129,67
NDDC001	1	0	235,39	189,20
NDDC001	4	0	112,17	112,17
NDEA002	1	0	737,77	737,77
NDEA002	4	0	276,93	276,93
NDEP001	1	0	71,61	59,09
NDEP001	4	0	65,61	65,61
NDFA001	1	0	405,55	327,38
NDFA001	4	0	158,53	158,53
NDFA002	1	0	129,75	101,59
NDFA002	4	0	72,22	72,22
NDFA003	1	0	280,76	206,74
NDFA003	4	0	107,40	107,40
NDFA004	1	0	212,70	176,04
NDFA004	4	0	93,10	93,10
NDFA005	1	0	76,57	61,96
NDFA005	4	0	59,39	59,39

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NDFA006	1	0	213,41	194,00
NDFA006	4	0	112,90	112,90
NDFA007	1	0	98,55	74,72
NDFA007	4	0	59,39	59,39
NDFA008	1	0	380,02	378,42
NDFA008	4	0	190,81	190,81
NDFA009	1	0	454,47	421,60
NDFA009	4	0	204,73	204,73
NDFA010	1	0	285,02	253,09
NDFA010	4	0	108,04	108,04
NDGA001	1	0	113,44	109,69
NDGA001	4	0	72,94	72,94
NDGA002	1	0	188,10	188,10
NDGA002	4	0	85,59	85,59
NDGA003	1	0	82,95	65,67
NDGA003	4	0	49,48	49,48
NDMA001	1	0	265,17	232,80
NDMA001	4	0	127,01	127,01
NDPA001	1	0	160,94	128,46
NDPA001	4	0	71,11	71,11
NDPA002	1	0	250,80	250,80
NDPA002	4	0	128,50	128,50
NDPA003	1	0	268,71	243,63
NDPA003	4	0	102,55	102,55
NDPA004	1	0	111,31	99,68
NDPA004	4	0	68,91	68,91
NDPA005	1	0	226,88	210,60
NDPA005	4	0	89,99	89,99
NDPA006	1	0	283,60	234,71
NDPA006	4	0	89,44	89,44
NDPA007	1	0	189,30	188,80
NDPA007	4	0	83,02	83,02
NDPA008	1	0	187,18	178,78
NDPA008	4	0	91,09	91,09
NDPA009	1	0	167,20	167,20
NDPA009	4	0	83,39	83,39
NDPA010	1	0	280,76	268,18
NDPA010	4	0	125,40	125,40
NDPA011	1	0	209,00	209,00
NDPA011	4	0	105,32	105,32

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NDPA012	1	0	188,10	188,10
NDPA012	4	0	80,09	80,09
NDPA013	1	0	292,60	292,60
NDPA013	4	0	154,63	154,63
NDPA014	1	0	167,20	167,20
NDPA014	4	0	83,39	83,39
NDQK001	1	0	19,95	19,95
NDQK002	1	0	23,94	23,94
NDQK003	1	0	19,95	19,95
NDQK004	1	0	29,26	29,26
NEDA001	1	0	575,00	491,50
NEDA001	4	0	176,53	176,53
NEDA002	1	0	418,00	418,00
NEDA002	4	0	183,85	183,85
NEDA003	1	0	328,98	278,58
NEDA003	4	0	97,80	97,80
NEEA001	1	0	236,10	224,71
NEEA001	4	0	117,22	117,22
NEEA002	1	0	209,00	209,00
NEEA002	4	0	111,72	111,72
NEEA003	1	0	478,98	478,98
NEEA003	4	0	228,18	228,18
NEEA004	1	0	451,63	393,61
NEEA004	4	0	170,68	170,68
NEEP001	1	0	484,25	368,64
NEEP002	1	0	83,60	83,60
NEEP002	4	0	65,24	65,24
NEEP003	1	0	403,42	321,77
NEEP004	1	0	114,95	114,95
NEEP004	4	0	77,35	77,35
NEEP005	1	0	209,00	209,00
NEEP005	4	0	86,33	86,33
NEEP006	1	0	382,15	309,43
NEEP007	1	0	83,60	83,60
NEEP007	4	0	65,98	65,98
NEFA001	1	0	482,83	411,71
NEFA001	4	0	191,22	191,22
NEFA002	1	0	1 029,47	728,76
NEFA002	4	0	251,71	251,71
NEFA003	1	0	404,84	322,59
NEFA003	4	0	141,78	141,78
NEFA004	1	0	255,95	236,23
NEFA004	4	0	115,02	115,02
NEFC001	1	0	347,41	289,28
NEFC001	4	0	130,05	130,05
NEGA001	1	0	537,42	512,88
NEGA001	4	0	251,98	251,98
NEGA002	1	0	408,38	385,37
NEGA002	4	0	186,38	186,38
NEGA003	1	0	623,92	563,05
NEGA003	4	0	276,54	276,54
NEGA004	1	0	389,95	357,84
NEGA004	4	0	146,30	146,30
NEGA005	1	0	353,58	353,58
NEGA005	4	0	186,38	186,38
NEHA001	1	0	221,92	172,60
NEHA001	4	0	78,07	78,07
NEHA002	1	0	171,58	143,41
NEHA002	4	0	77,35	77,35
NEJA001	1	0	260,20	251,51
NEJA001	4	0	127,46	127,46
NEJA002	1	0	239,49	239,49
NEJA002	4	0	125,63	125,63
NEJA003	1	0	199,23	168,22
NEJA003	4	0	94,94	94,94
NEJA004	1	0	255,24	235,82
NEJA004	4	0	128,58	128,58
NEJB001	1	0	81,07	28,80
NEJC001	1	0	205,61	171,92
NEJC001	4	0	94,57	94,57
NEKA001	1	0	908,94	807,35
NEKA001	4	0	394,10	394,10
NEKA002	1	0	545,22	534,96
NEKA002	4	0	331,13	331,13
NEKA003	1	0	740,91	709,90
NEKA003	4	0	353,58	353,58
NEKA004	1	0	667,08	667,08
NEKA004	4	0	269,98	269,98
NEKA005	1	0	672,84	608,98
NEKA005	4	0	287,14	287,14

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NEKA006	1	0	1 001,11	860,82
NEKA006	4	0	408,03	408,03
NEKA007	1	0	734,52	644,76
NEKA007	4	0	348,72	348,72
NEKA008	1	0	802,59	745,68
NEKA008	4	0	402,53	402,53
NEKA009	1	0	551,60	538,66
NEKA009	4	0	269,98	269,98
NEKA010	1	0	624,63	590,52
NEKA010	4	0	253,90	253,90
NEKA011	1	0	459,80	459,80
NEKA011	4	0	229,90	229,90
NEKA012	1	0	602,65	577,76
NEKA012	4	0	253,90	253,90
NEKA013	1	0	635,97	614,65
NEKA013	4	0	282,15	282,15
NEKA014	1	0	543,40	543,40
NEKA014	4	0	253,90	253,90
NEKA015	1	0	667,08	667,08
NEKA015	4	0	353,58	353,58
NEKA016	1	0	616,55	616,55
NEKA016	4	0	292,60	292,60
NEKA017	1	0	693,40	639,18
NEKA017	4	0	292,60	292,60
NEKA018	1	0	313,50	313,50
NEKA018	4	0	161,15	161,15
NEKA019	1	0	694,11	648,37
NEKA019	4	0	283,82	283,82
NEKA020	1	0	459,80	459,80
NEKA020	4	0	229,90	229,90
NEKA021	1	0	738,78	687,45
NEKA021	4	0	292,60	292,60
NEKA022	1	0	667,08	667,08
NEKA022	4	0	353,58	353,58
NELA001	1	0	687,73	627,11
NELA001	4	0	302,38	302,38
NELA002	1	0	544,51	508,93
NELA002	4	0	229,90	229,90
NELA003	1	0	385,70	355,37
NELA003	4	0	146,30	146,30

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NEMA003	1	0	494,17	462,18
NEMA003	4	0	187,14	187,14
NEMA011	1	0	514,73	491,66
NEMA011	4	0	229,90	229,90
NEMA013	1	0	617,54	489,84
NEMA013	4	0	267,11	267,11
NEMA017	1	0	418,00	418,00
NEMA017	4	0	177,65	177,65
NEMA018	1	0	385,70	355,37
NEMA018	4	0	167,75	167,75
NEMA019	1	0	343,87	322,34
NEMA019	4	0	127,11	127,11
NEMA020	1	0	607,61	527,97
NEMA020	4	0	219,41	219,41
NEMA021	1	0	377,19	315,33
NEMA021	4	0	149,46	149,46
NEPA001	1	0	289,98	255,97
NEPA001	4	0	117,96	117,96
NEQC001	1	0	224,75	183,03
NEQC001	4	0	96,40	96,40
NEQH001	1	0	153,85	69,16
NEQH001	4	0	86,53	86,53
NEQH002	1	0	69,16	69,16
NEQK010	1	0	19,95	19,95
NEQK012	1	0	34,44	34,44
NEQK035	1	0	31,81	31,81
NEQM001	1	0	37,80	37,80
NEQP001	1	0	124,78	76,41
NEQP001	4	0	72,24	72,24
NEQP002	1	0	56,72	36,93
NEQP002	4	0	48,00	48,00
NFCA001	1	0	311,41	311,41
NFCA001	4	0	135,85	135,85
NFCA002	1	0	205,61	189,48
NFCA002	4	0	93,04	93,04
NFCA003	1	0	453,05	428,67
NFCA003	4	0	172,43	172,43
NFCA004	1	0	395,01	395,01
NFCA004	4	0	172,43	172,43
NFCA005	1	0	395,01	395,01

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NFCA005	4	0	172,43	172,43
NFCA006	1	0	319,76	316,26
NFCA006	4	0	135,85	135,85
NFCC001	1	0	397,75	361,48
NFCC001	4	0	135,85	135,85
NFCC002	1	0	311,41	311,41
NFCC002	4	0	135,85	135,85
NFDA002	1	0	482,12	367,41
NFDA002	4	0	135,18	135,18
NFDA003	1	0	164,49	148,07
NFDA003	4	0	90,91	90,91
NFDA009	1	0	216,95	213,61
NFDA009	4	0	101,17	101,17
NFDC001	1	0	267,29	242,81
NFDC001	4	0	110,70	110,70
NFEA001	1	0	338,19	301,49
NFEA001	4	0	105,75	105,75
NFEA002	1	0	257,37	219,50
NFEA002	4	0	84,31	84,31
NFEC001	1	0	411,93	344,25
NFEC001	4	0	120,23	120,23
NFEC002	1	0	283,60	234,71
NFEC002	4	0	85,05	85,05
NFEP001	1	0	44,67	39,07
NFEP002	1	0	104,93	76,22
NFEP002	4	0	61,22	61,22
NFFA001	1	0	250,80	250,80
NFFA001	4	0	108,50	108,50
NFFA002	1	0	288,56	237,59
NFFA002	4	0	83,58	83,58
NFFA003	1	0	167,20	167,20
NFFA003	4	0	81,75	81,75
NFFA004	1	0	205,61	189,48
NFFA004	4	0	73,68	73,68
NFFA005	1	0	341,03	268,02
NFFA005	4	0	89,80	89,80
NFFA006	1	0	453,05	332,99
NFFA006	4	0	106,30	106,30
NFFC001	1	0	328,27	260,62
NFFC001	4	0	89,08	89,08
NFFC002	1	0	230,43	203,87
NFFC002	4	0	76,97	76,97
NFFC003	1	0	270,13	262,01
NFFC003	4	0	101,90	101,90
NFFC004	1	0	191,43	181,26
NFFC004	4	0	78,08	78,08
NFGA001	1	0	568,62	465,49
NFGA001	4	0	176,58	176,58
NFGA002	1	0	450,22	344,15
NFGA002	4	0	140,73	140,73
NFJA001	1	0	165,20	161,29
NFJA001	4	0	99,68	99,68
NFJA002	1	0	187,18	174,03
NFJA002	4	0	88,68	88,68
NFJC001	1	0	175,12	154,24
NFJC001	4	0	86,88	86,88
NFJC002	1	0	192,14	164,10
NFJC002	4	0	76,24	76,24
NFKA001	1	0	740,91	649,17
NFKA001	4	0	250,92	250,92
NFKA002	1	0	1 029,47	816,54
NFKA002	4	0	324,25	324,25
NFKA003	1	0	532,09	532,09
NFKA003	4	0	247,39	247,39
NFKA004	1	0	323,09	323,09
NFKA004	4	0	124,24	124,24
NFKA005	1	0	617,54	577,62
NFKA005	4	0	234,06	234,06
NFKA006	1	0	446,67	434,63
NFKA006	4	0	188,10	188,10
NFKA007	1	0	578,54	555,00
NFKA007	4	0	218,66	218,66
NFKA008	1	0	659,37	601,89
NFKA008	4	0	217,92	217,92
NFKA009	1	0	560,11	544,31
NFKA009	4	0	210,25	210,25
NFLA001	1	0	717,51	626,83
NFLA001	4	0	242,31	242,31
NFLA002	1	0	617,54	533,73
NFLA002	4	0	221,97	221,97

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NFMA002	1	0	213,41	194,00
NFMA002	4	0	97,07	97,07
NFMA004	1	0	368,68	344,63
NFMA004	4	0	135,85	135,85
NFMA005	1	0	228,30	202,63
NFMA005	4	0	81,31	81,31
NFMA006	1	0	522,50	522,50
NFMA006	4	0	227,11	227,11
NFMA008	1	0	350,25	333,94
NFMA008	4	0	135,85	135,85
NFMA010	1	0	439,58	385,75
NFMA010	4	0	135,85	135,85
NFMA011	1	0	566,49	459,36
NFMA011	4	0	142,46	142,46
NFMA013	1	0	516,86	422,68
NFMA013	4	0	205,38	205,38
NFMC001	1	0	655,12	510,76
NFMC001	4	0	152,37	152,37
NFMC002	1	0	523,95	434,69
NFMC002	4	0	141,74	141,74
NFMC003	1	0	444,54	388,62
NFMC003	4	0	135,85	135,85
NFMC005	1	0	411,93	369,71
NFMC005	4	0	135,85	135,85
NFMP001	1	0	41,80	41,80
NFMP002	1	0	47,57	40,76
NFPA001	1	0	272,97	228,54
NFPA001	4	0	78,44	78,44
NFPA002	1	0	125,40	125,40
NFPA002	4	0	61,58	61,58
NFPA003	1	0	441,00	378,67
NFPA003	4	0	103,01	103,01
NFPA004	1	0	313,50	313,50
NFPA004	4	0	149,40	149,40
NFPC001	1	0	134,00	130,39
NFPC001	4	0	65,24	65,24
NFPC002	1	0	299,20	243,76
NFPC002	4	0	80,64	80,64
NFQC001	1	0	125,40	125,40
NFQC001	4	0	69,28	69,28

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NFQH001	1	0	106,40	106,40
NFQK001	1	0	19,95	19,95
NFQK002	1	0	25,86	25,86
NFQK003	1	0	22,61	22,61
NFQK004	1	0	33,88	33,88
NFQP001	1	0	61,68	39,81
NFQP001	4	0	48,00	48,00
NFQP002	1	0	85,79	53,79
NFQP002	4	0	48,00	48,00
NFRP001	1	0	57,43	41,38
NFRP001	4	0	48,00	48,00
NGCA001	1	0	188,10	188,10
NGCA001	4	0	95,60	95,60
NGDA001	1	0	411,93	326,70
NGDA001	4	0	112,46	112,46
NGDA002	1	0	379,32	290,23
NGDA002	4	0	98,60	98,60
NGDA003	1	0	484,96	369,06
NGDA003	4	0	112,83	112,83
NGDA004	1	0	211,99	193,18
NGDA004	4	0	108,50	108,50
NGDC001	1	0	322,60	257,33
NGDC001	4	0	86,88	86,88
NGEA001	1	0	192,85	164,52
NGEA001	4	0	76,24	76,24
NGEP001	1	0	69,48	53,46
NGEP001	4	0	61,95	61,95
NGFA001	1	0	370,81	285,29
NGFA001	4	0	112,17	112,17
NGFA002	1	0	94,30	72,24
NGFA002	4	0	55,35	55,35
NGGA001	1	0	295,65	254,51
NGGA001	4	0	102,61	102,61
NGGA002	1	0	492,05	403,53
NGGA002	4	0	149,09	149,09
NGJA001	1	0	143,22	118,17
NGJA001	4	0	83,57	83,57
NGJA002	1	0	102,81	94,74
NGJA002	4	0	71,48	71,48
NGJC001	1	0	212,70	176,04

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NGJC001	4	0	95,67	95,67
NGJC002	1	0	164,49	143,79
NGJC002	4	0	75,88	75,88
NGKA001	1	0	472,19	379,21
NGKA001	4	0	123,43	123,43
NGMA001	1	0	411,93	344,25
NGMA001	4	0	121,51	121,51
NGMP001	1	0	20,90	20,90
NGMP002	1	0	40,87	32,48
NGPA001	1	0	343,99	343,99
NGPA001	4	0	158,99	158,99
NGPA002	1	0	258,79	202,77
NGPA002	4	0	89,07	89,07
NGPA003	1	0	309,12	271,10
NGPA003	4	0	120,39	120,39
NGPC001	1	0	287,85	219,62
NGPC001	4	0	92,73	92,73
NGQC001	1	0	160,94	146,02
NGQC001	4	0	85,77	85,77
NGQH001	1	0	57,19	57,19
NGQK001	1	0	19,95	19,95
NGQK002	1	0	28,83	28,83
NGQP001	1	0	43,96	29,53
NGQP001	4	0	49,85	49,85
NGRP001	1	0	43,96	33,56
NGRP001	4	0	48,00	48,00
NHDA001	1	0	260,91	230,33
NHDA001	4	0	99,89	99,89
NHDA002	1	0	123,37	89,11
NHDA002	4	0	66,72	66,72
NHDA003	1	0	343,87	287,23
NHDA003	4	0	119,05	119,05
NHDA004	1	0	177,96	173,44
NHDA004	4	0	81,01	81,01
NHDA005	1	0	295,65	259,26
NHDA005	4	0	105,13	105,13
NHDA006	1	0	252,40	216,62
NHDA006	4	0	93,10	93,10
NHDA007	1	0	180,09	174,67
NHDA007	4	0	80,64	80,64
NHDA008	1	0	267,29	242,81
NHDA008	4	0	111,35	111,35
NHDA009	1	0	331,10	279,82
NHDA009	4	0	103,66	103,66
NHDA010	1	0	367,26	339,93
NHDA010	4	0	144,51	144,51
NHDA011	1	0	317,63	254,45
NHDA011	4	0	98,24	98,24
NHFA001	1	0	138,96	133,27
NHFA001	4	0	75,14	75,14
NHKA001	1	0	173,71	157,45
NHKA001	4	0	83,92	83,92
NHMA001	1	0	166,34	166,34
NHMA001	4	0	89,05	89,05
NHMA002	1	0	83,66	66,08
NHMA002	4	0	64,15	64,15
NHMA003	1	0	134,99	134,99
NHMA003	4	0	79,52	79,52
NHMA006	1	0	149,60	143,46
NHMA006	4	0	83,92	83,92
NHMA007	1	0	134,99	134,99
NHMA007	4	0	78,49	78,49
NHMA008	1	0	188,10	188,10
NHMA008	4	0	105,20	105,20
NHPA001	1	0	136,13	131,62
NHPA001	4	0	75,51	75,51
NHPA002	1	0	188,10	188,10
NHPA002	4	0	87,06	87,06
NHPA003	1	0	170,87	151,77
NHPA003	4	0	79,18	79,18
NHPA004	1	0	215,54	204,01
NHPA004	4	0	109,79	109,79
NHPA005	1	0	342,45	277,62
NHPA005	4	0	120,42	120,42
NHPA006	1	0	188,10	188,10
NHPA006	4	0	97,69	97,69
NHQH001	1	0	39,90	39,90
NHRP001	1	0	80,83	58,98
NHRP002	1	0	43,96	33,56
NHRP002	4	0	48,00	48,00

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NHRP003	1	0	91,46	65,15
NJAA001	1	0	249,94	249,94
NJAA001	4	0	119,77	119,77
NJAA002	1	0	271,55	249,31
NJAA002	4	0	120,94	120,94
NJAA003	1	0	155,98	155,94
NJAA003	4	0	104,45	104,45
NJAA004	1	0	307,00	283,03
NJAA004	4	0	144,70	144,70
NJAB001	1	0	155,89	155,89
NJBA001	1	0	255,95	213,92
NJBA001	4	0	118,74	118,74
NJBA002	1	0	226,17	196,65
NJBA002	4	0	109,95	109,95
NJCA001	1	0	148,89	121,47
NJCA001	4	0	80,27	80,27
NJEA001	1	0	771,39	644,92
NJEA001	4	0	193,74	193,74
NJEA002	1	0	185,05	133,67
NJEA002	4	0	75,88	75,88
NJEA003	1	0	172,29	165,40
NJEA003	4	0	98,58	98,58
NJEA004	1	0	594,85	520,57
NJEA004	4	0	167,36	167,36
NJEA005	1	0	161,65	146,42
NJEA005	4	0	84,68	84,68
NJEA006	1	0	218,59	218,59
NJEA006	4	0	91,62	91,62
NJEA007	1	0	182,92	141,21
NJEA007	4	0	79,18	79,18
NJEA008	1	0	164,49	134,90
NJEA008	4	0	65,98	65,98
NJEA009	1	0	253,82	239,03
NJEA009	4	0	94,91	94,91
NJEA010	1	0	164,49	134,90
NJEA010	4	0	65,98	65,98
NJEA011	1	0	218,59	218,59
NJEA011	4	0	89,41	89,41
NJEA012	1	0	307,71	266,25
NJEA012	4	0	110,63	110,63

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NJFA001	1	0	324,01	258,15
NJFA001	4	0	100,07	100,07
NJFA002	1	0	87,92	63,09
NJFA002	4	0	60,85	60,85
NJFA003	1	0	229,01	211,83
NJFA003	4	0	124,47	124,47
NJFA004	1	0	403,42	312,99
NJFA004	4	0	142,43	142,43
NJFA005	1	0	188,10	188,10
NJFA005	4	0	81,67	81,67
NJFA006	1	0	92,88	80,20
NJFA006	4	0	70,74	70,74
NJFA008	1	0	92,88	67,03
NJFA008	4	0	65,24	65,24
NJFA009	1	0	514,73	403,88
NJFA009	4	0	136,72	136,72
NJMA001	1	0	371,52	280,96
NJMA001	4	0	117,65	117,65
NJMA002	1	0	290,69	234,07
NJMA002	4	0	114,34	114,34
NJMA003	1	0	163,07	160,06
NJMA003	4	0	100,04	100,04
NJMA004	1	0	184,34	150,81
NJMA004	4	0	97,14	97,14
NJMA005	1	0	387,82	330,28
NJMA005	4	0	157,87	157,87
NJMA006	1	0	505,52	424,87
NJMA006	4	0	189,95	189,95
NJMA007	1	0	310,54	293,87
NJMA007	4	0	150,90	150,90
NJMB001	1	0	134,71	113,25
NJPA001	1	0	1 638,50	1 180,75
NJPA001	4	0	359,76	359,76
NJPA002	1	0	322,60	266,10
NJPA002	4	0	137,67	137,67
NJPA003	1	0	294,94	258,85
NJPA003	4	0	150,58	150,58
NJPA004	1	0	766,43	615,33
NJPA004	4	0	252,76	252,76
NJPA005	1	0	855,76	693,48

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NJPA005	4	0	262,27	262,27
NJPA006	1	0	245,31	212,51
NJPA006	4	0	115,29	115,29
NJPA007	1	0	134,00	121,62
NJPA007	4	0	86,51	86,51
NJPA008	1	0	1 184,74	884,30
NJPA008	4	0	345,84	345,84
NJPA009	1	0	466,52	349,59
NJPA009	4	0	147,57	147,57
NJPA010	1	0	491,34	363,98
NJPA010	4	0	162,23	162,23
NJPA011	1	0	553,73	491,97
NJPA011	4	0	220,86	220,86
NJPA012	1	0	1 069,17	817,27
NJPA012	4	0	329,71	329,71
NJPA013	1	0	570,75	528,18
NJPA013	4	0	257,13	257,13
NJPA014	1	0	167,32	162,52
NJPA014	4	0	100,04	100,04
NJPA015	1	0	269,42	208,94
NJPA015	4	0	103,73	103,73
NJPA016	1	0	143,93	118,59
NJPA016	4	0	74,78	74,78
NJPA017	1	0	977,00	763,80
NJPA017	4	0	272,17	272,17
NJPA018	1	0	188,10	188,10
NJPA018	4	0	83,14	83,14
NJPA019	1	0	438,87	333,54
NJPA019	4	0	142,80	142,80
NJPA020	1	0	1 063,97	1 063,97
NJPA020	4	0	336,66	336,66
NJPA021	1	0	713,25	584,50
NJPA021	4	0	238,09	238,09
NJPA022	1	0	830,95	679,09
NJPA022	4	0	276,19	276,19
NJPA023	1	0	403,42	312,99
NJPA023	4	0	144,63	144,63
NJPA024	1	0	538,13	482,93
NJPA024	4	0	217,20	217,20
NJPA025	1	0	62,70	62,70

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NJPA025	4	0	53,15	53,15
NJPA026	1	0	965,66	757,23
NJPA026	4	0	286,82	286,82
NJPA027	1	0	527,50	437,62
NJPA027	4	0	172,08	172,08
NJPA028	1	0	1 166,31	873,60
NJPA028	4	0	308,44	308,44
NJPA029	1	0	232,55	226,69
NJPA029	4	0	97,11	97,11
NJPA030	1	0	423,98	416,72
NJPA030	4	0	203,64	203,64
NJPA031	1	0	1 065,63	815,21
NJPA031	4	0	277,67	277,67
NJPA032	1	0	113,44	100,91
NJPA032	4	0	70,38	70,38
NJPA033	1	0	1 819,29	1 285,62
NJPA033	4	0	372,96	372,96
NJPA034	1	0	271,55	245,28
NJPA034	4	0	120,52	120,52
NJPA035	1	0	231,13	221,83
NJPA035	4	0	114,29	114,29
NJPA036	1	0	583,68	583,68
NJPA036	4	0	245,06	245,06
NJPB001	1	0	134,71	90,23
NJPB001	4	0	82,11	82,11
NKQP001	1	0	65,11	65,11
NKQP003	1	0	156,42	156,42
NZEA001	1	0	411,28	411,28
NZEA001	4	0	179,59	179,59
NZEA002	1	0	846,92	846,92
NZEA002	4	0	276,93	276,93
NZEA003	1	0	737,77	737,77
NZEA003	4	0	276,93	276,93
NZEA004	1	0	471,49	378,80
NZEA004	4	0	164,20	164,20
NZEA006	1	0	787,29	787,29
NZEA006	4	0	276,93	276,93
NZEA007	1	0	846,92	846,92
NZEA007	4	0	276,93	276,93
NZFA001	1	0	752,96	524,50

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NZFA001	4	0	170,36	170,36
NZFA002	1	0	284,31	217,57
NZFA002	4	0	109,97	109,97
NZFA003	1	0	511,90	349,56
NZFA003	4	0	135,26	135,26
NZFA004	1	0	148,18	101,30
NZFA004	4	0	87,34	87,34
NZFA005	1	0	246,73	195,77
NZFA005	4	0	83,94	83,94
NZFA006	1	0	822,71	822,71
NZFA006	4	0	271,70	271,70
NZFA007	1	0	287,85	219,62
NZFA007	4	0	114,00	114,00
NZFA008	1	0	906,10	744,99
NZFA008	4	0	271,70	271,70
NZFA009	1	0	411,22	291,18
NZFA009	4	0	120,23	120,23
NZFA010	1	0	107,06	70,87
NZFA010	4	0	67,08	67,08
NZFA011	1	0	301,33	235,85
NZFA011	4	0	127,75	127,75
NZFA012	1	0	175,83	110,76
NZFA012	4	0	79,57	79,57
NZFA013	1	0	482,83	332,71
NZFA013	4	0	106,30	106,30
NZHA001	1	0	167,32	132,16
NZHA001	4	0	49,85	49,85
NZHB001	1	0	52,93	38,76
NZHB002	1	0	28,81	22,76
NZHH001	1	0	27,36	14,40
NZHH002	1	0	76,80	76,80
NZHH003	1	0	76,80	76,80
NZHH004	1	0	24,79	14,40
NZJB001	1	0	60,30	47,08
NZLB001	1	0	30,82	30,82
NZLH001	1	0	23,52	14,40
NZLH002	1	0	18,76	14,40
NZMA001	1	0	289,98	247,19
NZMA001	4	0	145,37	145,37
NZMA002	1	0	335,36	277,54

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
NZMA002	4	0	166,78	166,78
NZMP003	1	0	27,57	27,57
NZMP006	1	0	42,54	42,23
NZMP007	1	0	35,45	33,73
NZMP008	1	0	68,06	65,81
NZMP012	1	0	64,47	64,47
NZMP014	1	0	31,20	27,57
NZQH001	1	0	25,27	25,27
NZQH002	1	0	93,10	93,10
NZQH005	1	0	25,27	25,27
NZQJ001	1	0	55,00	55,00
NZQK001	1	0	39,90	39,90
NZQK002	1	0	25,27	25,27
NZQK003	1	0	45,22	45,22
NZQK004	1	0	25,27	25,27
NZQK005	1	0	29,26	29,26
NZQK006	1	0	39,90	39,90
NZQN001	1	0	55,00	55,00
PACA001	1	0	217,66	170,13
PACA001	4	0	64,52	64,52
PACB001	1	0	87,10	54,56
PACC001	1	0	218,37	179,32
PACC001	4	0	63,78	63,78
PADA001	1	0	161,65	128,87
PADA001	4	0	90,17	90,17
PADA003	1	0	121,24	114,20
PADA003	4	0	86,14	86,14
PADB001	1	0	215,54	177,67
PADB001	4	0	107,95	107,95
PADB002	1	0	153,14	123,94
PADB002	4	0	88,71	88,71
PAFA005	1	0	409,09	395,27
PAFA005	4	0	188,10	188,10
PAFA007	1	0	503,45	503,45
PAFA007	4	0	159,36	159,36
PAFH001	1	0	209,00	209,00
PAFH001	4	0	94,49	94,49
PAGA002	1	0	141,80	108,58
PAGA002	4	0	58,65	58,65
PAGA003	1	0	253,11	238,98

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
PAGA003	4	0	116,01	116,01
PAGA005	1	0	272,97	202,21
PAGA005	4	0	108,50	108,50
PAGA006	1	0	204,90	162,73
PAGA006	4	0	98,23	98,23
PAGA007	1	0	318,34	267,66
PAGA007	4	0	141,76	141,76
PAGA008	1	0	190,72	150,12
PAGA008	4	0	85,59	85,59
PAGA009	1	0	205,61	158,75
PAGA009	4	0	89,26	89,26
PAGA010	1	0	104,22	86,78
PAGA010	4	0	59,02	59,02
PAGA011	1	0	112,73	82,94
PAGA011	4	0	61,22	61,22
PAGB001	1	0	51,05	47,16
PAGB002	1	0	75,15	61,15
PAGB003	1	0	66,65	56,21
PAGB004	1	0	41,80	41,80
PAGH001	1	0	62,70	62,70
PAKB002	1	0	313,50	313,50
PAKB002	4	0	128,50	128,50
PAMH001	1	0	139,36	125,40
PAMH001	4	0	73,31	73,31
PAMP001	1	0	141,80	108,58
PAMP001	4	0	53,15	53,15
PANH001	1	0	306,19	254,07
PANH001	4	0	93,27	93,27
PANL001	1	0	79,71	79,71
PAPA001	1	0	558,69	482,04
PAPA001	4	0	199,65	199,65
PAPA002	1	0	175,83	172,21
PAPA002	4	0	95,30	95,30
PAPA003	1	0	376,20	376,20
PAPA003	4	0	188,10	188,10
PAQK001	1	0	27,93	27,93
PAQK002	1	0	19,95	19,95
PAQK003	1	0	159,60	159,60
PAQK005	1	0	19,95	19,95
PAQK007	1	0	39,96	39,96

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
PAQL001	1	0	168,71	168,71
PAQL002	1	0	251,39	251,39
PAQL003	1	0	168,71	168,71
PAQL004	1	0	168,71	168,71
PAQL005	1	0	251,39	251,39
PAQL006	1	0	168,71	168,71
PAQL007	1	0	251,39	251,39
PAQL008	1	0	251,39	251,39
PAQL009	1	0	168,71	168,71
PAQL010	1	0	251,39	251,39
PAQX004	1	0	144,45	144,45
PBJH001	1	0	63,65	41,80
PBLB001	1	0	20,77	16,08
PBLB002	1	0	51,59	37,99
PBLL001	1	0	14,29	14,29
PBLL001	2	0	17,93	17,93
PBQM001	1	0	37,80	37,80
PBQM002	1	0	34,97	34,97
PBQM003	1	0	37,80	37,80
PBQM004	1	0	37,80	37,80
PCCA001	1	0	134,00	112,83
PCCA001	4	0	67,08	67,08
PCCA002	1	0	133,29	103,65
PCCA002	4	0	67,08	67,08
PCDA001	1	0	209,00	209,00
PCDA001	4	0	75,14	75,14
PCEA001	1	0	317,63	272,01
PCEA001	4	0	80,64	80,64
PCEA002	1	0	169,45	137,78
PCEA002	4	0	75,14	75,14
PCEA003	1	0	269,42	244,05
PCEA003	4	0	75,88	75,88
PCEA004	1	0	1 027,34	850,42
PCEA004	4	0	266,48	266,48
PCHB001	1	0	41,80	41,80
PCLB001	1	0	22,11	16,86
PCLB002	1	0	93,31	58,15
PCLB003	1	0	116,64	91,44
PCMA001	1	0	155,89	155,89
PCMA001	4	0	78,49	78,49

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
PCPA001	1	0	385,70	341,84
PCPA001	4	0	134,99	134,99
PCPA002	1	0	143,93	127,37
PCPA002	4	0	73,68	73,68
PCPA003	1	0	209,00	209,00
PCPA003	4	0	66,35	66,35
PCPA004	1	0	128,33	118,32
PCPA004	4	0	69,65	69,65
PCPA005	1	0	109,90	76,91
PCPA005	4	0	65,61	65,61
PCPA006	1	0	125,49	125,45
PCPA006	4	0	72,22	72,22
PCPB001	1	0	123,37	115,45
PCPB002	1	0	87,92	64,16
PCQL001	1	0	180,44	180,44
PCQL002	1	0	180,44	180,44
PCQM001	1	0	37,80	37,80
PDAB001	1	0	250,80	250,80
PDAB001	4	0	83,60	83,60
PDFA001	1	0	122,66	97,48
PDFA002	1	0	193,56	164,93
PDFA002	4	0	75,14	75,14
PDFA003	1	0	127,62	86,12
PDFA003	4	0	64,52	64,52
PDHA001	1	0	41,80	41,80
PDQK001	1	0	25,27	25,27
PDQN001	1	0	69,00	69,00
PDQX005	1	0	93,14	93,14
PEQP002	1	0	65,11	65,11
PEQP003	1	0	65,11	65,11
PZMA001	1	0	294,24	240,88
PZMA001	4	0	96,41	96,41
PZMA002	1	0	294,94	241,30
PZMA002	4	0	93,47	93,47
PZMA003	1	0	363,72	281,18
PZMA003	4	0	99,71	99,71
PZMA004	1	0	874,20	761,59
PZMA004	4	0	266,48	266,48
PZMA005	1	0	1 028,76	851,24
PZMA005	4	0	266,48	266,48

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
PZQX004	1	0	84,77	84,77
PZQX005	1	0	74,13	74,13
PZQX008	1	0	152,57	152,57
QAEA001	1	0	80,83	77,12
QAEA001	4	0	72,00	72,00
QAEA002	1	0	158,82	111,87
QAEA002	4	0	92,56	92,56
QAEA003	1	0	595,56	371,76
QAEA003	4	0	193,91	193,91
QAEA004	1	0	523,95	330,22
QAEA004	4	0	173,38	173,38
QAEA005	1	0	108,48	93,16
QAEA005	4	0	76,06	76,06
QAEA006	1	0	297,78	192,46
QAEA006	4	0	117,12	117,12
QAEA007	1	0	151,02	136,68
QAEA007	4	0	116,89	116,89
QAEA008	1	0	229,06	229,06
QAEA008	4	0	127,01	127,01
QAEA009	1	0	264,43	264,43
QAEA009	4	0	141,67	141,67
QAEA010	1	0	131,61	131,61
QAEA010	4	0	98,05	98,05
QAEA011	1	0	161,63	161,63
QAEA011	4	0	109,79	109,79
QAEA012	1	0	443,83	277,17
QAEA012	4	0	156,70	156,70
QAEA013	1	0	474,04	474,04
QAEA013	4	0	139,66	139,66
QAFA002	1	0	186,47	118,69
QAFA002	4	0	100,98	100,98
QAFA003	1	0	393,50	247,98
QAFA003	4	0	148,28	148,28
QAFA004	1	0	227,59	142,54
QAFA004	4	0	112,35	112,35
QAFA005	1	0	338,90	207,10
QAFA005	4	0	133,61	133,61
QAFA006	1	0	143,22	93,60
QAFA006	4	0	93,65	93,65
QAFA007	1	0	441,00	275,53

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QAFA007	4	0	169,16	169,16
QAFA008	1	0	273,67	169,27
QAFA008	4	0	127,01	127,01
QAFA009	1	0	374,24	374,24
QAFA009	4	0	263,01	263,01
QAFA010	1	0	488,50	336,00
QAFA010	4	0	220,85	220,85
QAGA001	1	0	107,06	88,43
QAGA001	4	0	72,00	72,00
QAGA002	1	0	75,86	63,75
QAGA003	1	0	47,50	40,72
QAGA004	1	0	80,83	64,44
QAJA001	1	0	226,88	160,41
QAJA001	4	0	88,15	88,15
QAJA002	1	0	82,95	61,28
QAJA003	1	0	183,63	124,06
QAJA003	4	0	79,18	79,18
QAJA004	1	0	62,70	62,70
QAJA005	1	0	74,45	56,34
QAJA006	1	0	95,01	81,44
QAJA006	4	0	75,69	75,69
QAJA007	1	0	221,21	144,10
QAJA007	4	0	110,97	110,97
QAJA008	1	0	170,16	114,50
QAJA008	4	0	108,04	108,04
QAJA009	1	0	214,12	150,52
QAJA009	4	0	103,55	103,55
QAJA010	1	0	107,77	82,26
QAJA010	4	0	74,60	74,60
QAJA011	1	0	170,87	127,93
QAJA011	4	0	86,69	86,69
QAJA012	1	0	120,53	96,24
QAJA012	4	0	80,09	80,09
QAJA013	1	0	31,35	31,35
QAJA014	1	0	116,28	77,97
QAJH001	1	0	83,60	83,60
QAJH002	1	0	148,95	38,40
QAJH003	1	0	51,84	38,40
QAJH004	1	0	107,78	83,60
QALP001	1	0	153,60	153,60

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QAMA002	1	0	191,24	191,24
QAMA002	4	0	86,40	86,40
QAMA003	1	0	313,50	313,50
QAMA003	4	0	100,44	100,44
QAMA004	1	0	298,49	253,44
QAMA004	4	0	111,80	111,80
QAMA005	1	0	257,37	229,59
QAMA005	4	0	97,14	97,14
QAMA008	1	0	382,15	301,97
QAMA008	4	0	116,56	116,56
QAMA012	1	0	313,50	313,50
QAMA012	4	0	116,19	116,19
QAMA013	1	0	313,50	313,50
QAMA013	4	0	108,50	108,50
QAMA015	1	0	313,50	313,50
QAMA015	4	0	95,31	95,31
QANP001	1	0	180,85	122,45
QANP002	1	0	57,67	45,55
QANP003	1	0	32,75	31,09
QANP004	1	0	86,15	62,07
QANP005	1	0	34,89	32,33
QANP006	1	0	32,75	31,09
QANP007	1	0	28,80	28,80
QANP008	1	0	54,11	43,48
QANP008	4	0	48,00	48,00
QANP009	1	0	180,14	157,14
QANP009	4	0	55,72	55,72
QAPA001	1	0	217,66	192,08
QAPA001	4	0	94,22	94,22
QAPA002	1	0	109,90	70,33
QAPA002	4	0	78,99	78,99
QBFA001	1	0	346,70	297,64
QBFA001	4	0	159,34	159,34
QBFA002	1	0	198,52	132,70
QBFA002	4	0	70,01	70,01
QBFA003	1	0	423,98	342,47
QBFA003	4	0	152,73	152,73
QBFA004	1	0	130,46	93,22
QBFA004	4	0	62,68	62,68
QBFA005	1	0	299,20	270,09

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QBFA005	4	0	148,71	148,71
QBFA006	1	0	305,58	273,79
QBFA006	4	0	125,98	125,98
QBFA007	1	0	125,40	125,40
QBFA007	4	0	63,41	63,41
QBFA008	1	0	333,94	290,24
QBFA008	4	0	157,51	157,51
QBFA010	1	0	351,66	300,52
QBFA010	4	0	130,01	130,01
QBFA012	1	0	388,53	321,91
QBFA012	4	0	166,67	166,67
QBFA014	1	0	228,30	202,63
QBFA014	4	0	83,94	83,94
QBJB001	1	0	181,50	149,16
QBJB001	4	0	88,34	88,34
QBPA001	1	0	41,80	41,80
QBPA001	4	0	55,35	55,35
QCEA001	1	0	302,74	205,22
QCEA001	4	0	108,00	108,00
QCEA002	1	0	133,66	133,66
QCEA002	4	0	108,00	108,00
QCEA003	1	0	236,88	236,88
QCEA003	4	0	120,14	120,14
QCEA004	1	0	247,44	173,15
QCEA004	4	0	108,00	108,00
QCEA005	1	0	164,49	115,16
QCEA005	4	0	79,73	79,73
QCEA006	1	0	224,04	149,69
QCEA006	4	0	89,26	89,26
QCFA001	1	0	156,69	106,68
QCFA001	4	0	108,00	108,00
QCFA002	1	0	142,51	93,19
QCFA002	4	0	87,79	87,79
QCFA003	1	0	194,27	132,42
QCFA003	4	0	94,39	94,39
QCFA004	1	0	250,99	161,37
QCFA004	4	0	126,00	126,00
QCFA005	1	0	191,23	191,23
QCFA005	4	0	120,05	120,05
QCFA006	1	0	213,41	139,58

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QCFA006	4	0	112,44	112,44
QCJA001	1	0	62,70	62,70
QCJA001	4	0	65,24	65,24
QCJA002	1	0	151,02	116,41
QCJA002	4	0	72,03	72,03
QCJA003	1	0	96,42	66,46
QCJA004	1	0	95,01	74,86
QCJA004	4	0	72,00	72,00
QCJA005	1	0	147,47	101,33
QCJA005	4	0	108,00	108,00
QCLB222	1	0	32,04	32,04
QCNP001	1	0	48,42	45,63
QCNP002	1	0	41,80	41,80
QCNP003	1	0	41,80	41,80
QDPA001	1	0	200,65	169,92
QDPA001	4	0	89,46	89,46
QEEA001	1	0	141,09	134,50
QEEA001	4	0	81,75	81,75
QEEA002	1	0	89,33	78,15
QEEA003	1	0	119,11	108,59
QEFA001	1	0	282,18	264,25
QEFA001	4	0	155,89	155,89
QEFA002	1	0	200,65	182,21
QEFA002	4	0	102,09	102,09
QEFA003	1	0	517,57	453,44
QEFA003	4	0	213,49	213,49
QEFA004	1	0	109,90	103,24
QEFA004	4	0	71,48	71,48
QEFA005	1	0	282,89	264,66
QEFA005	4	0	157,12	157,12
QEFA006	1	0	104,50	104,50
QEFA006	4	0	72,94	72,94
QEFA007	1	0	231,84	222,25
QEFA007	4	0	125,40	125,40
QEFA008	1	0	302,03	275,77
QEFA008	4	0	155,89	155,89
QEFA009	1	0	104,50	104,50
QEFA010	1	0	423,27	372,42
QEFA010	4	0	184,69	184,69
QEFA011	1	0	128,33	118,32

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QEFA011	4	0	75,88	75,88
QEFA012	1	0	343,99	343,99
QEFA012	4	0	197,69	197,69
QEFA013	1	0	589,89	530,50
QEFA013	4	0	218,59	218,59
QEFA014	1	0	104,50	104,50
QEFA015	1	0	951,48	740,23
QEFA015	4	0	283,15	283,15
QEFA016	1	0	151,73	131,89
QEFA016	4	0	82,11	82,11
QEFA017	1	0	145,35	128,19
QEFA017	4	0	78,07	78,07
QEFA018	1	0	104,50	104,50
QEFA018	4	0	67,08	67,08
QEFA019	1	0	190,72	154,51
QEFA019	4	0	85,40	85,40
QEFA020	1	0	350,25	303,73
QEFA020	4	0	155,89	155,89
QEGA001	1	0	94,05	94,05
QEGA001	4	0	53,89	53,89
QEGA002	1	0	141,08	141,08
QEGA002	4	0	72,00	72,00
QEGA003	1	0	183,63	146,01
QEGA003	4	0	62,31	62,31
QEGA004	1	0	249,57	204,00
QEGA004	4	0	84,13	84,13
QEHA001	1	0	29,76	25,32
QEHA002	1	0	76,80	76,80
QEHA002	4	0	54,25	54,25
QEHB001	1	0	21,45	20,50
QEHB002	1	0	76,80	76,80
QEHH001	1	0	107,78	76,80
QEHH002	1	0	511,68	511,68
QEHH003	1	0	87,19	19,20
QEHH015	1	0	400,00	400,00
QEHJ001	1	0	76,80	76,80
QEHJ002	1	0	47,15	19,20
QEHJ003	1	0	26,10	19,20
QEHJ004	1	0	423,66	423,66
QEHJ005	1	0	115,20	115,20
QEHJ006	1	0	76,80	76,80
QEHP002	1	0	15,92	13,26
QEJA001	1	0	60,90	52,87
QEJA001	4	0	55,35	55,35
QEJB001	1	0	23,53	16,06
QEJH001	1	0	38,40	38,40
QEJH002	1	0	95,67	38,40
QEKA001	1	0	228,30	185,08
QEKA001	4	0	94,58	94,58
QEKA002	1	0	164,49	148,07
QEKA002	4	0	73,31	73,31
QELH001	1	0	123,52	82,46
QELJ001	1	0	38,40	38,40
QEMA001	1	0	668,59	567,73
QEMA001	4	0	229,90	229,90
QEMA002	1	0	932,34	720,70
QEMA002	4	0	229,90	229,90
QEMA003	1	0	175,83	154,65
QEMA003	4	0	75,88	75,88
QEMA004	1	0	303,45	255,01
QEMA004	4	0	105,57	105,57
QEMA005	1	0	354,50	319,72
QEMA005	4	0	131,96	131,96
QEMA006	1	0	296,36	224,56
QEMA006	4	0	101,54	101,54
QEMA008	1	0	618,25	503,42
QEMA008	4	0	139,80	139,80
QEMA009	1	0	135,42	131,21
QEMA009	4	0	86,14	86,14
QEMA010	1	0	190,19	190,19
QEMA010	4	0	94,20	94,20
QEMA011	1	0	333,23	281,06
QEMA011	4	0	99,63	99,63
QEMA012	1	0	252,40	234,17
QEMA012	4	0	116,12	116,12
QEMA013	1	0	408,38	368,53
QEMA013	4	0	149,07	149,07
QEMA014	1	0	668,59	567,73
QEMA014	4	0	229,90	229,90
QEMA020	1	0	850,80	657,67

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QEMA020	2	0	425,40	328,84
QEMA020	4	0	240,20	240,20
QEMB001	1	0	125,40	125,40
QEPA001	1	0	190,01	162,87
QEPA001	4	0	75,14	75,14
QEQH001	1	0	30,59	30,59
QEQH002	1	0	25,27	25,27
QEQJ001	1	0	69,00	69,00
QEQK001	1	0	66,42	66,42
QEQK003	1	0	18,62	18,62
QEQK004	1	0	66,42	66,42
QEQK005	1	0	37,26	37,26
QEQK006	1	0	25,27	25,27
QEQM001	1	0	41,58	41,58
QEQN001	1	0	69,00	69,00
QEQX004	1	0	108,18	108,18
QEQX005	1	0	125,21	125,21
QEQX006	1	0	101,07	101,07
QEQX007	1	0	164,90	164,90
QEQX008	1	0	149,94	149,94
QEQX010	1	0	116,19	116,19
QEQX016	1	0	96,73	96,73
QEQX037	1	0	96,73	96,73
QZEA001	1	0	631,01	558,38
QZEA001	4	0	286,41	286,41
QZEA002	1	0	355,21	232,36
QZEA002	4	0	148,09	148,09
QZEA003	1	0	933,75	751,53
QZEA003	4	0	290,88	290,88
QZEA004	1	0	260,39	260,39
QZEA004	4	0	155,89	155,89
QZEA005	1	0	242,48	241,23
QZEA005	4	0	155,89	155,89
QZEA006	1	0	155,89	155,89
QZEA006	4	0	88,09	88,09
QZEA008	1	0	95,01	81,44
QZEA010	1	0	337,22	337,22
QZEA010	4	0	231,67	231,67
QZEA011	1	0	259,49	176,84
QZEA011	4	0	97,14	97,14

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QZEA012	1	0	193,70	193,70
QZEA012	4	0	115,47	115,47
QZEA013	1	0	304,16	285,77
QZEA013	4	0	155,89	155,89
QZEA014	1	0	374,48	374,48
QZEA014	4	0	228,18	228,18
QZEA016	1	0	955,78	955,78
QZEA016	4	0	311,78	311,78
QZEA017	1	0	198,52	128,31
QZEA017	4	0	87,97	87,97
QZEA019	1	0	76,57	70,75
QZEA020	1	0	107,77	88,84
QZEA020	4	0	63,41	63,41
QZEA021	1	0	95,01	68,27
QZEA021	4	0	65,98	65,98
QZEA022	1	0	668,99	668,99
QZEA022	4	0	269,98	269,98
QZEA023	1	0	307,16	307,16
QZEA023	4	0	155,89	155,89
QZEA024	1	0	155,89	155,89
QZEA024	4	0	88,09	88,09
QZEA025	1	0	445,25	284,58
QZEA025	4	0	166,05	166,05
QZEA026	1	0	104,50	104,50
QZEA027	1	0	190,01	175,68
QZEA027	4	0	103,64	103,64
QZEA028	1	0	951,48	806,41
QZEA028	4	0	266,48	266,48
QZEA029	1	0	216,25	199,67
QZEA029	4	0	114,09	114,09
QZEA030	1	0	555,15	479,27
QZEA030	4	0	242,46	242,46
QZEA031	1	0	155,89	155,89
QZEA031	4	0	88,09	88,09
QZEA032	1	0	56,01	45,66
QZEA033	1	0	1 061,75	1 061,75
QZEA033	4	0	332,68	332,68
QZEA036	1	0	310,54	294,23
QZEA036	4	0	167,20	167,20
QZEA037	1	0	119,11	82,25

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QZEA037	4	0	76,61	76,61
QZEA038	1	0	176,79	176,79
QZEA038	4	0	114,09	114,09
QZEA039	1	0	143,93	140,17
QZEA039	4	0	88,09	88,09
QZEA040	1	0	426,63	426,63
QZEA040	4	0	228,18	228,18
QZEA041	1	0	146,76	98,29
QZEA041	4	0	79,91	79,91
QZEA042	1	0	517,10	517,10
QZEA042	4	0	228,18	228,18
QZEA043	1	0	374,48	374,48
QZEA043	4	0	228,18	228,18
QZEA045	1	0	167,20	167,20
QZFA001	1	0	70,90	53,22
QZFA002	1	0	54,11	39,45
QZFA003	1	0	53,18	42,93
QZFA004	1	0	53,18	42,93
QZFA005	1	0	88,63	63,50
QZFA006	1	0	131,17	83,10
QZFA006	4	0	70,74	70,74
QZFA007	1	0	79,41	58,15
QZFA008	1	0	90,04	74,17
QZFA009	1	0	95,01	81,44
QZFA010	1	0	23,50	21,69
QZFA011	1	0	95,72	67,61
QZFA011	4	0	56,82	56,82
QZFA012	1	0	297,78	207,83
QZFA012	4	0	110,34	110,34
QZFA013	1	0	32,75	23,03
QZFA014	1	0	280,76	233,07
QZFA014	4	0	122,07	122,07
QZFA015	1	0	36,31	29,13
QZFA016	1	0	241,77	153,39
QZFA016	4	0	92,01	92,01
QZFA017	1	0	185,76	120,90
QZFA017	4	0	78,44	78,44
QZFA018	1	0	357,34	242,36
QZFA018	4	0	153,59	153,59
QZFA019	1	0	94,30	61,71

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QZFA019	4	0	68,91	68,91
QZFA020	1	0	46,79	35,92
QZFA021	1	0	34,89	28,30
QZFA022	1	0	42,72	28,81
QZFA023	1	0	112,02	82,53
QZFA023	4	0	67,08	67,08
QZFA024	1	0	95,01	67,20
QZFA024	4	0	50,22	50,22
QZFA025	1	0	487,08	317,62
QZFA025	4	0	215,17	215,17
QZFA026	1	0	252,40	190,29
QZFA026	4	0	91,27	91,27
QZFA027	1	0	123,37	89,11
QZFA027	4	0	81,74	81,74
QZFA028	1	0	29,19	25,00
QZFA029	1	0	51,76	38,79
QZFA030	1	0	148,89	98,45
QZFA030	4	0	72,94	72,94
QZFA031	1	0	42,72	36,87
QZFA032	1	0	82,24	74,04
QZFA033	1	0	135,42	104,88
QZFA034	1	0	394,20	263,75
QZFA034	4	0	183,65	183,65
QZFA035	1	0	95,72	67,61
QZFA035	4	0	61,95	61,95
QZFA036	1	0	28,80	28,80
QZFA037	1	0	595,56	398,09
QZFA037	4	0	303,15	303,15
QZFA038	1	0	65,23	55,39
QZFA038	4	0	60,85	60,85
QZFA039	1	0	35,45	29,34
QZGA001	1	0	188,10	188,10
QZGA001	4	0	86,40	86,40
QZGA002	1	0	41,80	41,80
QZGA003	1	0	60,27	52,51
QZGA004	1	0	38,29	30,99
QZGA006	1	0	84,37	75,27
QZGA007	1	0	67,36	52,23
QZGA008	1	0	125,40	125,40
QZGA008	4	0	59,38	59,38

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QZGA010	1	0	41,80	41,80
QZGP001	1	0	340,32	250,05
QZGP001	4	0	110,33	110,33
QZGP002	1	0	448,09	338,90
QZGP002	4	0	155,79	155,79
QZGP004	1	0	161,65	106,93
QZGP004	4	0	75,51	75,51
QZGP006	1	0	407,98	407,98
QZGP006	4	0	171,92	171,92
QZGP007	1	0	483,64	483,64
QZGP007	4	0	191,71	191,71
QZGP009	1	0	177,40	177,40
QZGP009	4	0	89,44	89,44
QZHA001	1	0	20,56	19,99
QZHA002	1	0	46,99	36,93
QZHA003	1	0	43,43	34,87
QZHA004	1	0	72,62	51,80
QZHA005	1	0	25,52	20,45
QZJA001	1	0	85,08	66,90
QZJA001	4	0	63,05	63,05
QZJA002	1	0	25,52	23,59
QZJA003	1	0	40,41	36,61
QZJA004	1	0	163,07	116,53
QZJA004	4	0	100,80	100,80
QZJA005	1	0	73,74	49,79
QZJA005	4	0	64,15	64,15
QZJA007	1	0	158,11	126,82
QZJA007	4	0	79,91	79,91
QZJA008	1	0	221,92	181,38
QZJA008	4	0	104,84	104,84
QZJA009	1	0	38,29	26,60
QZJA010	1	0	75,86	57,17
QZJA010	4	0	60,85	60,85
QZJA011	1	0	47,50	45,11
QZJA011	4	0	61,95	61,95
QZJA012	1	0	61,68	53,33
QZJA013	1	0	60,27	52,51
QZJA013	4	0	70,38	70,38
QZJA014	1	0	357,34	259,92
QZJA014	4	0	232,76	232,76

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QZJA015	1	0	61,68	44,56
QZJA016	1	0	48,92	45,93
QZJA017	1	0	51,76	38,79
QZJA018	1	0	333,23	245,94
QZJA018	4	0	138,56	138,56
QZJA019	1	0	238,22	190,84
QZJA019	4	0	145,53	145,53
QZJA020	1	0	43,25	32,10
QZJA021	1	0	141,80	104,19
QZJA022	1	0	80,83	64,44
QZJA023	1	0	25,52	18,03
QZJA023	4	0	48,75	48,75
QZJB001	1	0	11,34	10,62
QZJB002	1	0	25,52	23,59
QZJP001	1	0	26,23	20,06
QZJP001	4	0	50,95	50,95
QZJP002	1	0	47,50	32,39
QZJP002	4	0	66,72	66,72
QZJP003	1	0	36,16	25,81
QZJP003	4	0	56,82	56,82
QZKA001	1	0	82,95	74,44
QZKA007	1	0	104,50	104,50
QZLA001	1	0	161,65	146,42
QZLA001	4	0	80,64	80,64
QZLA002	1	0	209,16	200,31
QZLA002	4	0	107,40	107,40
QZLA004	1	0	17,99	14,47
QZLB001	1	0	250,80	250,80
QZLB001	4	0	125,40	125,40
QZLB002	1	0	62,70	62,70
QZLP001	1	0	10,68	8,61
QZMA001	1	0	175,12	155,12
QZMA001	4	0	85,04	85,04
QZMA002	1	0	173,00	117,89
QZMA002	4	0	87,97	87,97
QZMA003	1	0	362,30	297,91
QZMA003	4	0	87,97	87,97
QZMA004	1	0	462,98	356,30
QZMA004	4	0	126,46	126,46
QZMA005	1	0	460,85	355,07

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QZMA005	4	0	105,20	105,20
QZMA006	1	0	116,99	85,41
QZMA006	4	0	64,15	64,15
QZMA007	1	0	575,00	465,16
QZMA007	4	0	132,22	132,22
QZMA009	1	0	267,29	242,81
QZMA009	4	0	88,71	88,71
QZMA010	1	0	355,21	293,80
QZMA010	4	0	127,92	127,92
QZMP001	1	0	62,70	62,70
QZMP003	1	0	668,00	668,00
QZMP004	1	0	28,44	24,56
QZNP001	1	0	48,00	48,00
QZNP002	1	0	132,17	132,17
QZNP003	1	0	41,80	41,80
QZNP004	1	0	22,78	21,28
QZNP005	1	0	38,45	30,36
QZNP007	1	0	72,26	72,26
QZNP008	1	0	115,20	115,20
QZNP009	1	0	179,06	179,06
QZNP010	1	0	162,24	162,24
QZNP012	1	0	29,90	25,41
QZNP013	1	0	24,21	22,10
QZNP014	1	0	57,67	41,52
QZNP015	1	0	217,44	217,44
QZNP016	1	0	76,80	76,80
QZNP017	1	0	288,50	288,50
QZNP018	1	0	41,80	41,80
QZNP019	1	0	153,48	153,48
QZNP020	1	0	41,80	41,80
QZNP021	1	0	90,95	90,95
QZNP022	1	0	39,87	31,19
QZNP023	1	0	48,00	48,00
QZNP024	1	0	72,48	72,48
QZNP025	1	0	32,75	27,06
QZNP026	1	0	41,80	41,80
QZNP027	1	0	29,19	23,38
QZNP028	1	0	29,19	23,38
QZNP029	1	0	17,80	16,78
QZNP030	1	0	43,43	31,64

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
QZPA001	1	0	246,02	169,03
QZPA001	4	0	88,52	88,52
QZPA002	1	0	119,11	86,64
QZPA002	4	0	82,84	82,84
QZPA003	1	0	652,28	404,66
QZPA003	4	0	138,01	138,01
QZPA005	1	0	319,76	211,79
QZPA005	4	0	100,98	100,98
QZPA006	1	0	555,86	348,73
QZPA006	4	0	124,08	124,08
QZPA007	1	0	443,83	283,75
QZPA007	4	0	114,55	114,55
QZQA001	1	0	35,45	29,34
QZQA001	4	0	48,00	48,00
QZQM001	1	0	37,80	37,80
QZQP001	1	0	54,10	54,10
QZQX004	1	0	47,55	47,55
QZQX005	1	0	64,57	64,57
QZQX014	1	0	30,00	30,00
QZQX021	1	0	40,00	40,00
QZQX032	1	0	85,50	85,50
QZRB001	1	0	18,00	18,00
QZRP002	1	0	14,24	10,68
QZRP003	1	0	19,20	19,20
QZRP004	1	0	22,07	20,87
QZRP005	1	0	22,07	20,87
YYYY001	1	0	26,88	26,88
YYYY002	1	0	57,60	57,60
YYYY005	1	0	150,93	150,93
YYYY006	1	0	42,24	42,24
YYYY007	1	0	56,00	56,00
YYYY008	1	0	11,52	11,52
YYYY009	1	0	31,00	31,00
YYYY010	1	0	48,00	48,00
YYYY011	1	0	20,16	20,16
YYYY012	1	0	19,29	19,29
YYYY013	1	0	164,49	125,40
YYYY013	4	0	43,20	43,20
YYYY015	1	0	96,00	96,00
YYYY017	1	0	62,70	62,70

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
YYYY019	1	0	19,20	19,20
YYYY020	1	0	160,00	160,00
YYYY022	1	0	313,50	313,50
YYYY022	4	0	167,20	167,20
YYYY022	5	0	313,50	313,50
YYYY023	1	0	83,50	83,50
YYYY024	1	0	290,40	290,40
YYYY025	1	0	23,04	23,04
YYYY026	1	0	178,67	177,65
YYYY026	4	0	38,40	38,40
YYYY027	1	0	125,40	125,40
YYYY028	1	0	34,97	34,97
YYYY029	1	0	104,50	104,50
YYYY031	1	0	178,67	156,75
YYYY031	4	0	94,05	94,05
YYYY032	1	0	61,44	61,44
YYYY033	1	0	19,29	19,29
YYYY034	1	0	222,38	222,38
YYYY037	1	0	28,80	28,80
YYYY039	1	0	33,25	33,25
YYYY041	4	0	83,60	83,60
YYYY044	1	0	19,20	19,20
YYYY045	1	0	1,67	1,67
YYYY046	1	0	1,67	1,67
YYYY047	1	0	1,67	1,67
YYYY048	1	0	1,67	1,67
YYYY049	1	0	1,67	1,67
YYYY050	1	0	1,67	1,67
YYYY051	1	0	3,34	3,34
YYYY052	1	0	3,34	3,34
YYYY053	1	0	33,40	33,40
YYYY054	1	0	334,00	334,00
YYYY055	1	0	3,34	3,34
YYYY056	1	0	33,40	33,40
YYYY057	1	0	15,36	15,36
YYYY058	1	0	24,96	24,96
YYYY059	1	0	249,60	249,60
YYYY062	1	0	313,50	313,50
YYYY063	1	0	80,29	80,29
YYYY064	1	0	33,25	33,25

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
YYYY065	1	0	19,20	19,20
YYYY066	1	0	164,49	83,60
YYYY066	4	0	31,35	31,35
YYYY067	1	0	24,96	24,96
YYYY068	1	0	28,80	28,80
YYYY069	1	0	104,50	104,50
YYYY070	1	0	38,40	38,40
YYYY072	1	0	48,00	48,00
YYYY073	1	0	28,80	28,80
YYYY075	1	0	60,48	60,48
YYYY076	1	0	37,24	34,56
YYYY077	1	0	47,58	47,58
YYYY082	1	0	209,00	209,00
YYYY085	1	0	37,94	37,94
YYYY088	1	0	30,24	30,24
YYYY089	1	0	51,84	51,84
YYYY094	1	0	69,14	69,14
YYYY095	1	0	76,80	76,80
YYYY099	1	0	16,70	16,70
YYYY101	1	0	167,00	167,00
YYYY105	1	0	16,98	16,98
YYYY108	1	0	480,00	480,00
YYYY109	1	0	66,80	66,80
YYYY110	1	0	29,26	29,26
YYYY112	1	0	93,70	93,70
YYYY115	1	0	25,27	25,27
YYYY117	1	0	80,00	80,00
YYYY118	1	0	96,00	96,00
YYYY120	1	0	35,11	35,11
YYYY122	1	0	33,40	33,40
YYYY123	1	0	23,00	23,00
YYYY125	1	0	69,00	69,00
YYYY128	1	0	83,50	83,50
YYYY130	1	0	117,04	117,04
YYYY136	1	0	16,70	16,70
YYYY140	1	0	58,52	58,52
YYYY141	1	0	334,00	334,00
YYYY145	1	0	57,19	57,19
YYYY146	1	0	186,62	134,40
YYYY150	1	0	70,22	70,22

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
YYYY151	1	0	8,35	8,35
YYYY152	1	0	16,70	16,70
YYYY154	1	0	96,00	96,00
YYYY160	1	0	81,93	81,93
YYYY163	1	0	159,60	159,60
YYYY166	1	0	25,05	25,05
YYYY170	1	0	93,63	93,63
YYYY172	1	0	37,80	37,80
YYYY175	1	0	3,34	3,34
YYYY180	1	0	105,34	105,34
YYYY186	1	0	26,88	26,88
YYYY188	1	0	85,08	78,38
YYYY188	4	0	36,00	36,00
YYYY189	1	0	186,62	134,40
YYYY190	1	0	140,45	140,45
YYYY197	1	0	16,70	16,70
YYYY200	1	0	175,56	175,56
YYYY210	1	0	187,26	187,26
YYYY211	1	0	16,70	16,70
YYYY212	1	0	27,93	27,93
YYYY220	1	0	210,67	210,67
YYYY222	1	0	114,24	114,24
YYYY223	1	0	33,40	33,40
YYYY230	1	0	234,08	234,08
YYYY232	1	0	28,80	28,80
YYYY240	1	0	269,19	269,19
YYYY244	1	0	16,70	16,70
YYYY245	1	0	280,90	280,90
YYYY250	1	0	292,60	292,60
YYYY256	1	0	334,00	334,00
YYYY260	1	0	327,71	327,71
YYYY267	1	0	3,34	3,34
YYYY270	1	0	351,12	351,12
YYYY280	1	0	468,16	468,16
YYYY290	1	0	526,68	526,68
YYYY299	1	0	1,67	1,67
YYYY300	1	0	79,80	79,80
YYYY301	1	0	1,67	1,67
YYYY302	1	0	3,34	3,34
YYYY303	1	0	66,80	66,80
YYYY304	1	0	3,34	3,34
YYYY305	1	0	50,10	50,10
YYYY306	1	0	334,00	334,00
YYYY307	1	0	1,67	1,67
YYYY310	1	0	167,00	167,00
YYYY312	1	0	167,00	167,00
YYYY313	1	0	5,01	5,01
YYYY314	1	0	334,00	334,00
YYYY315	1	0	5,01	5,01
YYYY316	1	0	66,80	66,80
YYYY318	1	0	57,60	57,60
YYYY320	1	0	167,00	167,00
YYYY323	1	0	167,00	167,00
YYYY324	1	0	6,68	6,68
YYYY325	1	0	501,00	501,00
YYYY326	1	0	6,68	6,68
YYYY327	1	0	334,00	334,00
YYYY331	1	0	16,70	16,70
YYYY334	1	0	167,00	167,00
YYYY335	1	0	33,40	33,40
YYYY336	1	0	668,00	668,00
YYYY337	1	0	33,40	33,40
YYYY338	1	0	501,00	501,00
YYYY343	1	0	16,70	16,70
YYYY345	1	0	167,00	167,00
YYYY346	1	0	50,10	50,10
YYYY347	1	0	3,34	3,34
YYYY348	1	0	50,10	50,10
YYYY349	1	0	668,00	668,00
YYYY356	1	0	167,00	167,00
YYYY357	1	0	66,80	66,80
YYYY358	1	0	5,01	5,01
YYYY359	1	0	66,80	66,80
YYYY360	1	0	1,67	1,67
YYYY365	1	0	3,34	3,34
YYYY367	1	0	167,00	167,00
YYYY368	1	0	334,00	334,00
YYYY369	1	0	6,68	6,68
YYYY370	1	0	167,00	167,00
YYYY371	1	0	5,01	5,01

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
YYYY377	1	0	334,00	334,00
YYYY379	1	0	501,00	501,00
YYYY380	1	0	16,70	16,70
YYYY381	1	0	501,00	501,00
YYYY382	1	0	6,68	6,68
YYYY383	1	0	668,00	668,00
YYYY387	1	0	33,40	33,40
YYYY390	1	0	1,67	1,67
YYYY391	1	0	50,10	50,10
YYYY392	1	0	3,34	3,34
YYYY393	1	0	33,40	33,40
YYYY398	1	0	668,00	668,00
YYYY400	1	0	41,80	41,80
YYYY400	4	0	19,20	19,20
YYYY405	1	0	41,80	41,80
YYYY405	4	0	19,20	19,20
YYYY410	1	0	19,20	19,20
YYYY415	1	0	38,40	38,40
YYYY420	1	0	9,60	9,60
YYYY425	1	0	28,80	28,80
YYYY450	1	0	1,67	1,67
YYYY451	1	0	16,70	16,70
YYYY456	1	0	76,80	76,80
YYYY457	1	0	5,01	5,01
YYYY458	1	0	66,80	66,80
YYYY459	1	0	3,34	3,34
YYYY460	1	0	167,00	167,00
YYYY468	1	0	6,68	6,68
YYYY469	1	0	334,00	334,00
YYYY470	1	0	5,01	5,01
YYYY471	1	0	16,70	16,70
YYYY479	1	0	33,40	33,40
YYYY480	1	0	501,00	501,00
YYYY481	1	0	6,68	6,68
YYYY490	1	0	9,60	9,60
YYYY491	1	0	668,00	668,00
YYYY492	1	0	33,40	33,40
YYYY493	1	0	16,70	16,70
YYYY497	1	0	50,10	50,10
YYYY500	1	0	50,10	50,10

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
YYYY511	1	0	66,80	66,80
YYYY520	1	0	167,00	167,00
YYYY522	1	0	334,00	334,00
YYYY533	1	0	501,00	501,00
YYYY544	1	0	668,00	668,00
YYYY555	1	0	334,00	334,00
YYYY566	1	0	33,40	33,40
YYYY577	1	0	334,00	334,00
YYYY588	1	0	3,34	3,34
YYYY595	5	0	62,70	62,70
YYYY599	1	0	33,40	33,40
YYYY600	1	0	1,50	1,50
ZALP001	1	0	200,13	200,13
ZAMP001	1	0	48,21	48,21
ZAQA001	1	0	103,18	77,41
ZAQA001	4	0	65,61	65,61
ZBGA001	1	0	346,70	288,87
ZBGA001	4	0	239,64	239,64
ZBGC001	1	0	231,84	222,25
ZBGC001	4	0	173,29	173,29
ZBQA001	1	0	249,57	232,53
ZBQA001	4	0	205,18	205,18
ZBQA002	1	0	348,83	290,10
ZBQA002	4	0	216,54	216,54
ZBQC001	1	0	209,00	209,00
ZBQC001	4	0	150,20	150,20
ZBQC002	1	0	209,00	209,00
ZBQC002	4	0	154,96	154,96
ZBQH001	1	0	25,27	25,27
ZBQJ001	1	0	69,00	69,00
ZBQK001	1	0	25,27	25,27
ZBQK002	1	0	21,28	21,28
ZBQK003	1	0	21,28	21,28
ZBQN001	1	0	69,00	69,00
ZBSA001	1	0	447,38	347,26
ZBSA001	4	0	364,59	364,59
ZCJA001	1	0	187,24	187,24
ZCJA001	4	0	114,09	114,09
ZCJA002	1	0	187,24	187,24
ZCJA002	4	0	120,13	120,13

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZCJA003	1	0	187,24	187,24
ZCJA003	4	0	114,09	114,09
ZCJA004	1	0	302,74	254,24
ZCJA004	4	0	189,77	189,77
ZCJA005	1	0	343,16	277,67
ZCJA005	4	0	229,00	229,00
ZCJC001	1	0	187,89	187,61
ZCJC001	4	0	134,99	134,99
ZCJD001	1	0	33,50	22,65
ZCQA001	1	0	169,45	142,17
ZCQA001	4	0	86,14	86,14
ZCQC001	1	0	160,54	131,54
ZCQC001	4	0	87,83	87,83
ZCQC002	1	0	123,18	95,63
ZCQC002	4	0	80,43	80,43
ZCQD001	1	0	42,90	36,23
ZCQD001	4	0	48,39	48,39
ZCQH001	1	0	50,54	50,54
ZCQH002	1	0	25,27	25,27
ZCQJ001	1	0	69,93	69,93
ZCQJ002	1	0	69,93	69,93
ZCQJ003	1	0	52,45	52,45
ZCQJ004	1	0	69,00	69,00
ZCQJ005	1	0	69,00	69,00
ZCQJ006	1	0	56,70	56,70
ZCQK001	1	0	46,55	46,55
ZCQK002	1	0	19,95	19,95
ZCQK003	1	0	25,27	25,27
ZCQK004	1	0	50,54	50,54
ZCQK005	1	0	25,27	25,27
ZCQM001	1	0	75,60	75,60
ZCQM002	1	0	75,60	75,60
ZCQM003	1	0	52,45	52,45
ZCQM004	1	0	75,60	75,60
ZCQM005	1	0	75,60	75,60
ZCQM006	1	0	52,45	52,45
ZCQM007	1	0	37,80	37,80
ZCQM008	1	0	56,70	56,70
ZCQM009	1	0	42,25	42,25
ZCQM010	1	0	74,10	74,10

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZCQM011	1	0	75,60	75,60
ZCQN001	1	0	69,00	69,00
ZCQN002	1	0	69,00	69,00
ZDMP001	1	0	38,40	38,40
ZDMP002	1	0	32,83	32,21
ZDMP003	1	0	76,80	76,80
ZDMP004	1	0	44,22	38,82
ZDMP005	1	0	76,80	76,80
ZDMP006	1	0	76,80	76,80
ZDMP007	1	0	38,40	38,40
ZDMP008	1	0	76,80	76,80
ZDMP009	1	0	76,80	76,80
ZDMP010	1	0	76,80	76,80
ZDMP011	1	0	83,60	83,60
ZDMP012	1	0	76,80	76,80
ZDMP015	1	0	62,70	62,70
ZDMP016	1	0	38,40	38,40
ZDMP018	1	0	76,80	76,80
ZEMP001	1	0	48,24	41,14
ZEMP002	1	0	94,05	94,05
ZEMP003	1	0	34,84	33,37
ZEMP006	1	0	48,24	41,14
ZEMP007	1	0	34,84	33,37
ZEMP009	1	0	94,05	94,05
ZZGP001	1	0	41,80	41,80
ZZGP001	4	0	70,74	70,74
ZZHB001	1	0	19,20	19,20
ZZHB002	1	0	19,20	19,20
ZZHH001	1	0	104,15	76,80
ZZHH004	1	0	87,19	38,40
ZZHH006	1	0	43,68	38,40
ZZHH008	1	0	76,80	76,80
ZZHH009	1	0	57,60	57,60
ZZHH010	1	0	115,20	115,20
ZZHH011	1	0	57,60	57,60
ZZHH012	1	0	136,84	115,20
ZZHJ001	1	0	76,80	76,80
ZZHJ002	1	0	38,40	38,40
ZZHJ003	1	0	75,78	38,40
ZZHJ006	1	0	68,20	38,40

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZZHJ007	1	0	26,10	19,20
ZZHJ009	1	0	76,80	76,80
ZZHJ010	1	0	75,78	62,70
ZZHJ013	1	0	76,80	76,80
ZZHJ016	1	0	47,15	19,20
ZZHJ017	1	0	115,20	115,20
ZZHJ018	1	0	57,60	57,60
ZZHJ019	1	0	115,20	115,20
ZZHJ020	1	0	93,46	57,60
ZZHJ021	1	0	86,73	57,60
ZZHJ022	1	0	115,20	115,20
ZZJH001	1	0	43,68	41,80
ZZJH002	1	0	96,88	41,80
ZZJH003	1	0	60,00	41,80
ZZJH004	1	0	152,59	41,80
ZZJH005	1	0	76,32	41,80
ZZJH006	1	0	175,60	41,80
ZZJH007	1	0	121,10	38,40
ZZJH008	1	0	56,64	41,80
ZZJJ001	1	0	41,80	41,80
ZZJJ002	1	0	47,15	20,90
ZZJJ003	1	0	26,10	20,90
ZZJJ004	1	0	146,51	41,80
ZZJJ005	1	0	111,14	41,80
ZZJJ006	1	0	41,80	41,80
ZZJJ007	1	0	48,84	19,20
ZZJJ008	1	0	106,09	41,80
ZZJJ009	1	0	90,09	41,80
ZZJJ010	1	0	65,68	19,20
ZZJJ011	1	0	75,78	41,80
ZZJJ012	1	0	92,62	41,80
ZZJJ013	1	0	68,20	41,80
ZZKP001	1	0	104,50	104,50
ZZKP001	4	0	72,94	72,94
ZZLF004	1	0	173,71	165,26
ZZLF004	4	0	122,06	122,06
ZZLJ001	1	0	82,52	19,20
ZZLJ002	1	0	10,10	9,60
ZZLP008	4	0	94,05	94,05
ZZLP012	4	0	141,08	141,08

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZZLP025	4	0	48,00	48,00
ZZLP030	4	0	57,60	57,60
ZZLP042	4	0	83,60	83,60
ZZLP054	4	0	72,00	72,00
ZZMK001	1	0	257,55	257,55
ZZMK002	1	0	133,60	133,60
ZZMK011	1	0	668,00	668,00
ZZMK013	1	0	133,60	133,60
ZZMK014	1	0	133,60	133,60
ZZMK016	1	0	501,00	501,00
ZZMK017	1	0	292,25	292,25
ZZMK018	1	0	668,00	668,00
ZZMK019	1	0	50,10	50,10
ZZMK020	1	0	584,50	584,50
ZZMK022	1	0	417,50	417,50
ZZMK024	1	0	668,00	668,00
ZZMK025	1	0	584,50	584,50
ZZMK026	1	0	257,55	257,55
ZZMK027	1	0	178,41	178,41
ZZMK028	1	0	257,55	257,55
ZZML002	1	0	33,40	33,40
ZZMP001	1	0	668,00	668,00
ZZMP012	1	2	668,00	668,00
ZZMP013	1	0	668,00	668,00
ZZMP015	1	0	50,10	50,10
ZZMP016	1	0	668,00	668,00
ZZMP017	1	0	50,10	50,10
ZZMP018	1	0	167,00	167,00
ZZNL001	1	0	367,40	367,40
ZZNL002	1	0	384,10	384,10
ZZNL003	1	0	384,10	384,10
ZZNL003	4	0	53,43	53,43
ZZNL004	1	0	384,10	384,10
ZZNL004	4	0	53,43	53,43
ZZNL005	1	0	384,10	384,10
ZZNL005	4	0	56,77	56,77
ZZNL006	1	0	384,10	384,10
ZZNL007	1	0	384,10	384,10
ZZNL008	1	0	384,10	384,10
ZZNL009	1	0	384,10	384,10

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZZNL009	4	0	56,77	56,77
ZZNL010	1	0	384,10	384,10
ZZNL011	1	0	367,40	367,40
ZZNL012	1	0	367,40	367,40
ZZNL012	4	0	51,14	51,14
ZZNL013	1	0	384,10	384,10
ZZNL013	4	0	53,43	53,43
ZZNL014	1	0	367,40	367,40
ZZNL014	4	0	53,43	53,43
ZZNL015	1	0	384,10	384,10
ZZNL015	4	0	56,77	56,77
ZZNL016	1	0	180,44	180,44
ZZNL017	1	0	384,10	384,10
ZZNL017	4	0	53,43	53,43
ZZNL018	1	0	384,10	384,10
ZZNL018	4	0	56,77	56,77
ZZNL019	1	2	167,00	167,00
ZZNL019	1	1	217,10	217,10
ZZQA002	1	0	28,35	28,35
ZZQA002	4	0	24,00	24,00
ZZQH001	1	0	25,27	25,27
ZZQH002	1	0	59,85	59,85
ZZQH033	1	0	75,81	75,81
ZZQK024	1	0	75,81	75,81
ZZQL002	1	0	268,87	268,87
ZZQL003	1	0	180,44	180,44
ZZQL004	1	0	176,85	176,85
ZZQL005	1	0	180,44	180,44
ZZQL006	1	0	268,87	268,87
ZZQL007	1	0	132,64	132,64
ZZQL010	1	0	44,22	44,22
ZZQL010	4	0	48,00	48,00
ZZQL011	1	0	268,87	268,87
ZZQL012	1	0	180,44	180,44
ZZQL013	1	0	313,08	313,08
ZZQL014	1	0	180,44	180,44
ZZQL015	1	0	268,87	268,87
ZZQL016	1	0	89,54	89,54
ZZQL017	1	0	26,53	26,53
ZZQL018	1	0	132,64	132,64

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZZQL019	1	0	88,43	88,43
ZZQL020	1	0	265,28	265,28
ZZQM001	1	0	69,93	69,93
ZZQM004	1	0	37,80	37,80
ZZQN001	1	0	69,00	69,00
ZZQX012	1	0	138,73	138,73
ZZQX016	1	0	84,00	84,00
ZZQX023	1	0	36,62	36,62
ZZQX027	1	0	68,00	68,00
ZZQX029	1	0	140,00	140,00
ZZQX034	1	0	100,00	100,00
ZZQX035	1	0	110,00	110,00
ZZQX045	1	0	83,00	83,00
ZZQX047	1	0	126,55	126,55
ZZQX054	1	0	36,62	36,62
ZZQX058	1	0	190,00	190,00
ZZQX068	1	0	107,89	107,89
ZZQX069	1	0	48,00	48,00
ZZQX073	1	0	84,00	84,00
ZZQX077	1	0	36,40	36,40
ZZQX081	1	0	56,00	56,00
ZZQX092	1	0	160,00	160,00
ZZQX098	1	0	36,62	36,62
ZZQX103	1	0	46,42	46,42
ZZQX104	1	0	84,00	84,00
ZZQX107	1	0	28,00	28,00
ZZQX110	1	0	78,25	78,25
ZZQX116	1	0	36,62	36,62
ZZQX117	1	0	75,79	75,79
ZZQX118	1	0	84,00	84,00
ZZQX119	1	0	84,00	84,00
ZZQX122	1	0	130,00	130,00
ZZQX123	1	0	33,60	33,60
ZZQX127	1	0	40,00	40,00
ZZQX128	1	0	28,00	28,00
ZZQX132	1	0	80,00	80,00
ZZQX133	1	0	64,24	64,24
ZZQX139	1	0	41,94	41,94
ZZQX141	1	0	42,62	42,62
ZZQX145	1	0	42,57	42,57

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZZQX146	1	0	84,00	84,00
ZZQX147	1	0	75,50	75,50
ZZQX149	1	0	84,00	84,00
ZZQX151	1	0	33,60	33,60
ZZQX153	1	0	28,00	28,00
ZZQX155	1	0	104,70	104,70
ZZQX158	1	0	62,74	62,74
ZZQX159	1	0	33,60	33,60
ZZQX162	1	0	28,00	28,00
ZZQX163	1	0	54,00	54,00
ZZQX170	1	0	33,60	33,60
ZZQX172	1	0	47,46	47,46
ZZQX173	1	0	37,80	37,80

Code Acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent CAS (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent CAS (en euro)
ZZQX174	1	0	80,50	80,50
ZZQX175	1	0	84,00	84,00
ZZQX177	1	0	67,20	67,20
ZZQX178	1	0	93,45	93,45
ZZQX180	1	0	67,79	67,79
ZZQX181	1	0	86,70	86,70
ZZQX188	1	0	34,52	34,52
ZZQX192	1	0	119,48	119,48
ZZQX197	1	0	100,00	100,00
ZZQX200	1	0	73,10	73,10
ZZQX217	1	0	84,69	84,69

ANNEXE 26 bis. TARIFS DES ACTES DE LA CCAM BUCCO DENTAIRE

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
GBBA002	1	0	240,35
GBBA002	4	0	109,34
GBBA364	1	0	360,53
GBBA364	4	0	109,34
HBQK389	1	0	7,98
HBQK191	1	0	15,96
HBQK331	1	0	23,94
HBQK443	1	0	31,92
HBQK428	1	0	39,9
HBQK480	1	0	47,88
HBQK430	1	0	55,86
HBQK142	1	0	63,84
HBQK046	1	0	71,82
HBQK065	1	0	79,8
HBQK424	1	0	87,78
HBQK476	1	0	95,76
HBQK093	1	0	103,74
HBQK041	1	0	111,72
HBQK002	1	0	21,28
HBQK001	1	0	7,98
LBQP001	1	0	32,64
LBMP001	1	0	97,92
HBLD053	1	0	96,4
HBLD051	1	0	96,4
LBGD001	1	0	41,8
HBED001	1	0	96,4
HBED003	1	0	192,8
HBED021	1	0	289,2
HBED022	1	0	209
HBBD005	1	0	21,69
HBBD006	1	0	43,38
HBBD007	1	0	65,07
HBBD004	1	0	86,76
HBBD039	1	0	108,45
HBBD404	1	0	130,14
HBBD098	1	0	151,83
HBBD427	1	0	173,52
HBJD001	1	0	28,92
HBMD043	1	0	19,28
HBMD046	1	0	33,74

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
HBMD055	1	0	40,97
HBMD058	1	0	19,28
HBMD050	1	0	33,74
HBMD054	1	0	40,97
HBMD044	1	0	43
HBMD047	1	0	86
HBMD053	1	0	19,28
HBMD049	1	0	33,74
HBMD038	1	0	40,97
HBMD042	1	0	79,53
HBFD006	1	0	16,87
HBFD017	1	0	33,74
HBFD019	1	0	81,94
HBFD033	1	0	33,74
HBFD021	1	0	48,2
HBFD035	1	0	48,2
HBFD008	1	0	81,94
HBFD015	1	0	33,74
HBFD474	1	0	81,94
HBFD458	1	0	33,74
HBFD395	1	0	48,2
HBFD326	1	0	48,2
HBFD150	1	0	81,94
HBFD001	1	0	33,74
HBFD297	1	0	48,2
HBFD003	1	0	48,2
HBFD024	1	0	81,94
HBBD003	1	0	33,74
HBBD234	1	0	48,2
HBBD001	1	0	48,2
HBBD002	1	0	81,94
HBPD002	1	0	104,5
HBPA001	1	0	146,3
HBPD001	1	0	156,75
HBGD035	1	0	16,72
HBGD037	1	0	25,08
HBGD309	1	0	33,44
HBGD284	1	0	41,8
HBGD065	1	0	50,16
HBGD462	1	0	58,52
HBGD464	1	0	66,88

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
HBGD263	1	0	75,24
HBGD280	1	0	83,6
HBGD093	1	0	91,96
HBGD362	1	0	100,32
HBGD054	1	0	108,68
HBGD111	1	0	117,04
HBGD174	1	0	125,4
HBGD057	1	0	133,76
HBGD133	1	0	142,12
HBGD123	1	0	150,48
HBGD468	1	0	158,84
HBGD282	1	0	167,2
HBGD201	1	0	175,56
HBGD042	1	0	83,6
HBGD026	1	0	125,4
HBGD036	1	0	33,44
HBGD043	1	0	50,16
HBGD319	1	0	66,88
HBGD489	1	0	83,6
HBGD497	1	0	100,32
HBGD106	1	0	117,04
HBGD076	1	0	133,76
HBGD422	1	0	150,48
HBGD420	1	0	167,2
HBGD064	1	0	183,92
HBGD356	1	0	200,64
HBGD146	1	0	217,36
HBGD382	1	0	234,08
HBGD247	1	0	250,8
HBGD197	1	0	267,52
HBGD333	1	0	284,24
HBGD261	1	0	300,96
HBGD499	1	0	317,68
HBGD461	1	0	334,4
HBGD278	1	0	351,12
HBGD258	1	0	367,84
HBGD311	1	0	384,56
HBGD235	1	0	401,28
HBGD374	1	0	418
HBGD475	1	0	434,72
HBGD285	1	0	451,44
HBGD338	1	0	468,16
HBGD193	1	0	484,88
HBGD345	1	0	501,6

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
HBGD414	1	0	518,32
HBGD245	1	0	535,04
HBGD283	1	0	551,76
HBGD022	1	0	33,44
HBGD034	1	0	50,16
HBGD287	1	0	66,88
HBGD078	1	0	83,6
HBGD060	1	0	100,32
HBGD312	1	0	117,04
HBGD142	1	0	133,76
HBGD231	1	0	167,2
HBGD349	1	0	217,36
HBGD067	1	0	267,52
HBGD418	1	0	317,68
HBGD441	1	0	367,84
HBGD105	1	0	418
HBGD191	1	0	468,16
HBGD262	1	0	526,68
HBGD031	1	0	33,44
HBGD032	1	0	50,16
HBGD415	1	0	66,88
HBGD169	1	0	83,6
HBGD039	1	0	33,44
HBGD002	1	0	50,16
HBGD453	1	0	66,88
HBGD218	1	0	83,6
HBGD480	1	0	100,32
HBGD206	1	0	117,04
HBGD396	1	0	133,76
HBGD113	1	0	167,2
HBGD438	1	0	217,36
HBGD122	1	0	267,52
HBGD028	1	0	83,6
HBGD126	1	0	125,4
HBGD062	1	0	167,2
HBGD430	1	0	209
HBGD372	1	0	271,7
HBGD148	1	0	355,3
HBGD014	1	0	104,5
HBGD015	1	0	156,75
HBGD145	1	0	209
HBGD416	1	0	261,25
HBGD459	1	0	83,6
HBGD386	1	0	125,4

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
HBGD279	1	0	167,2
HBGD199	1	0	209
HBGD385	1	0	271,7
HBGD359	1	0	355,3
HBGD047	1	0	83,6
HBGD492	1	0	125,4
HBGD316	1	0	167,2
HBGD117	1	0	209
HBGD181	1	0	271,7
HBGD210	1	0	355,3
HBGD018	1	0	83,6
HBGD004	1	0	83,6
HBGD025	1	0	125,4
HBGD021	1	0	167,2
HBGD038	1	0	209
HBGD044	1	0	41,8
HBGD322	1	0	62,7
HBGD160	1	0	83,6
HBGD403	1	0	104,5
HBGD300	1	0	104,5
HBGD358	1	0	156,75
HBGD003	1	0	83,6
HBGD402	1	0	125,4
HBGD281	1	0	167,2
HBGD171	1	0	209
HBGD016	1	0	83,6
HBGD466	1	0	125,4
HBGD299	1	0	167,2
HBGD102	1	0	209
HBGD159	1	0	250,8
HBGD465	1	0	292,6
HBGD017	1	0	167,2
HBGD190	1	0	250,8
HBGD397	1	0	334,4
HBGD080	1	0	418
HBLD018	1	0	172,8
HBLD007	1	0	122,55
HBLD261	1	0	144,05
HBLD038	1	0	107,5
HBLD036	1	0	107,5
HBLD418	1	0	107,5
HBLD132	1	0	102,13
HBLD492	1	0	150,5
HBLD118	1	0	182,75

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
HBLD199	1	0	365,5
HBLD240	1	0	236,5
HBLD236	1	0	279,5
HBLD217	1	0	311,75
HBLD171	1	0	623,5
HBLD364	1	0	64,5
HBLD476	1	0	75,25
HBLD224	1	0	86
HBLD371	1	0	96,75
HBLD123	1	0	107,5
HBLD270	1	0	118,25
HBLD148	1	0	129
HBLD231	1	0	139,75
HBLD215	1	0	150,5
HBLD262	1	0	161,25
HBLD232	1	0	172
HBLD032	1	0	182,75
HBLD259	1	0	365,5
HBLD101	1	0	129
HBLD138	1	0	139,75
HBLD083	1	0	150,5
HBLD370	1	0	161,25
HBLD349	1	0	172
HBLD031	1	0	182,75
HBLD035	1	0	365,5
HBLD131	1	0	193,5
HBLD332	1	0	204,25
HBLD452	1	0	215
HBLD474	1	0	225,75
HBLD075	1	0	236,5
HBLD470	1	0	247,25
HBLD435	1	0	258
HBLD079	1	0	268,75
HBLD203	1	0	279,5
HBLD112	1	0	290,25
HBLD308	1	0	301
HBLD047	1	0	311,75
HBLD046	1	0	623,5
HBLD048	1	0	494,5
HBLD040	1	0	279,5
HBLD043	1	0	279,5
HBLD033	1	0	279,5
HBLD023	1	0	279,5
HBLD030	1	0	182,75

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
HBMD017	1	0	21,5
HBMD114	1	0	32,25
HBMD322	1	0	43
HBMD404	1	0	53,75
HBMD245	1	0	64,5
HBMD198	1	0	75,25
HBMD373	1	0	86
HBMD228	1	0	96,75
HBMD286	1	0	107,5
HBMD329	1	0	118,25
HBMD226	1	0	129
HBMD387	1	0	139,75
HBMD134	1	0	150,5
HBMD174	1	0	161,25
HBKD396	1	0	17,2
HBKD431	1	0	34,4
HBKD300	1	0	51,6
HBKD212	1	0	68,8
HBKD462	1	0	86
HBKD213	1	0	103,2
HBKD140	1	0	120,4
HBKD244	1	0	137,6
HBKD005	1	0	32,25
HBMD249	1	0	43
HBMD292	1	0	86
HBMD188	1	0	129
HBMD432	1	0	172
HBMD283	1	0	215
HBMD439	1	0	258
HBMD425	1	0	301
HBMD444	1	0	344
HBMD485	1	0	387
HBMD410	1	0	430
HBMD429	1	0	473
HBMD281	1	0	516
HBMD200	1	0	559
HBMD298	1	0	602
HBMD020	1	0	21,5
HBMD356	1	0	21,5
HBMD008	1	0	32,25
HBMD002	1	0	38,7
HBMD488	1	0	45,15
HBMD469	1	0	51,6
HBMD110	1	0	58,05

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
HBMD349	1	0	64,5
HBMD386	1	0	70,95
HBMD339	1	0	77,4
HBMD459	1	0	83,85
HBMD438	1	0	90,3
HBMD481	1	0	96,75
HBMD449	1	0	103,2
HBMD312	1	0	109,65
HBMD289	1	0	116,1
HBMD400	1	0	122,55
HBMD019	1	0	18,81
HBGD011	1	0	38,7
HBGD027	1	0	38,7
HBGB005	1	0	50,16
HBGB003	1	0	83,9
HBGB002	1	0	98,36
HBGB004	1	0	132,1
HBFA007	1	0	41,8
HBED023	1	0	79,42
HBED024	1	0	94,05
HBBA003	1	0	85,69
HBBA002	1	0	269,61
HBBA004	1	0	298,87
HBMA001	1	0	75,24
HBJB001	1	0	40
HALD004	1	0	48
HALD003	1	0	48
LBLD075	1	0	438,9
LBLD066	1	0	806,74
LBLD281	1	0	1174,58
LBLD117	1	0	1542,42
LBLD015	1	0	422,18
LBLD010	1	0	785,84
LBLD013	1	0	1149,5
LBLD004	1	0	1513,16
LBLD020	1	0	1876,82
LBLD025	1	0	2240,48
LBLD026	1	0	2604,14
LBLD026	4	0	57,51
LBLD038	1	0	2967,8
LBLD038	4	0	57,51
LBLD200	1	0	3331,46
LBLD200	4	0	57,51
LBLD294	1	0	3695,12

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
LBLD294	4	0	57,51
LBLD019	1	0	160,93
LBLD073	1	0	309,32
LBLD086	1	0	457,71
LBLD193	1	0	606,1
LBLD447	1	0	754,49
LBLD270	1	0	902,88
LBLD143	1	0	1051,27
LBLD235	1	0	1199,66
LBLD311	1	0	1348,05
LBLD214	1	0	1496,44
LBLD034	1	0	96,14
LBLD057	1	0	144,21
LAPB451	1	0	94,05
LAPB311	1	0	163,02
LAPB459	1	0	231,99
LAPB408	1	0	300,96
LAPB002	1	0	87,78
LAPB004	1	0	154,66
LAPB003	1	0	221,54
LAPB001	1	0	288,42
LAPB005	1	0	355,3
LAPB006	1	0	422,18
LAPB007	1	0	489,06
LAPB047	1	0	555,94
LAPB030	1	0	622,82
LAPB122	1	0	689,7
LBGA280	1	0	87,78
LBGA441	1	0	106,59
LBGA354	1	0	125,4
LBGA049	1	0	144,21
LBGA004	1	0	71,06
LBGA003	1	0	85,69
LBGA002	1	0	100,32
LBGA002	4	0	57,51
LBGA006	1	0	114,95
LBGA006	4	0	57,51
LBGA007	1	0	129,58
LBGA007	4	0	57,51
LBGA008	1	0	144,21
LBGA008	4	0	57,51
LBGA009	1	0	158,84
LBGA009	4	0	57,51
LBGA139	1	0	173,47

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
LBGA139	4	0	57,51
LBGA052	1	0	188,1
LBGA052	4	0	57,51
LBGA168	1	0	202,73
LBGA168	4	0	57,51
HBLD057	1	0	140,16
HBLD078	1	0	264,96
HBLD056	1	0	94,08
HBLD084	1	0	174,72
HBMP001	1	0	30,72
LBLD014	1	0	172,8
LBLD003	1	0	86,4
LBLD006	1	0	172,8
LBLD001	1	0	129
ZALP002	1	0	
HBQK040	1	0	11,97
HBQK303	1	0	15,96
HBQK061	1	0	3,99
HBMD490	1	0	0,1
HBMD342	1	0	0,1
HBMD082	1	0	10,75
HBMD479	1	0	0,1
HBMD433	1	0	0,1
HBMD072	1	0	10,75
HBMD081	1	0	107,5
HBMD087	1	0	107,5
YYYY176	1	0	21,5
YYYY275	1	0	43
YYYY246	1	0	64,5
YYYY478	1	0	86
YYYY426	1	0	107,5
YYYY389	1	0	129
YYYY159	1	0	32,25
YYYY329	1	0	64,5
YYYY258	1	0	96,75
YYYY259	1	0	129
YYYY440	1	0	161,25
YYYY447	1	0	193,5
YYYY142	1	0	225,75
YYYY158	1	0	258
YYYY476	1	0	290,25
YYYY079	1	0	322,5
YYYY184	1	0	354,75
YYYY284	1	0	387

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
YYYY236	1	0	419,25
YYYY353	1	0	451,5

Codes	Activité	Phase	Tarif en euros
N			15,70%

ANNEXE 26 ter. Coefficient de majoration pour Antilles, Guyane, réunion et Mayotte applicables aux tarifs « métropole » des actes suivants

Codes	Coefficients de majoration
GBBA002	1,077
GBBA364	1,077
HBLD053	1,079
HBLD051	1,079
LBGD001	1,077
HBED001	1,079
HBED003	1,079
HBED021	1,079
HBED022	1,077
HBBD005	1,079
HBBD006	1,079
HBBD007	1,079
HBBD004	1,079
HBBD039	1,079
HBBD404	1,079
HBBD098	1,079
HBBD427	1,079
HBJD001	1,079
HBMD043	1,079
HBMD046	1,079
HBMD055	1,079
HBMD058	1,079
HBMD050	1,079
HBMD054	1,079
HBMD044	1,079
HBMD047	1,079
HBMD053	1,079
HBMD049	1,079
HBMD038	1,079
HBMD042	1,079

Codes	Coefficients de majoration
HBFD006	1,079
HBFD017	1,079
HBFD019	1,079
HBFD033	1,079
HBFD021	1,079
HBFD035	1,079
HBFD008	1,079
HBFD015	1,079
HBFD474	1,079
HBFD458	1,079
HBFD395	1,079
HBFD326	1,079
HBFD150	1,079
HBFD001	1,079
HBFD297	1,079
HBFD003	1,079
HBFD024	1,079
HBBD003	1,079
HBBD234	1,079
HBBD001	1,079
HBBD002	1,079
HBPD002	1,077
HBPA001	1,077
HBGD022	1,077
HBGD034	1,077
HBGD287	1,077
HBGD078	1,077
HBGD060	1,077
HBGD312	1,077
HBGD142	1,077

Codes	Coefficients de majoration
HBGD231	1,077
HBGD349	1,077
HBGD067	1,077
HBGD418	1,077
HBGD441	1,077
HBGD105	1,077
HBGD191	1,077
HBGD262	1,077
HBGD031	1,077
HBGD032	1,077
HBGD415	1,077
HBGD169	1,077
HBGD039	1,077
HBGD002	1,077
HBGD453	1,077
HBGD218	1,077
HBGD480	1,077
HBGD206	1,077
HBGD396	1,077
HBGD113	1,077
HBGD438	1,077
HBGD122	1,077
HBGD028	1,077
HBGD126	1,077
HBGD062	1,077
HBGD430	1,077
HBGD372	1,077
HBGD148	1,077
HBGD014	1,077
HBGD015	1,077
HBGD145	1,077
HBGD416	1,077
HBGD459	1,077
HBGD386	1,077
HBGD279	1,077
HBGD199	1,077
HBGD385	1,077
HBGD359	1,077
HBGD047	1,077
HBGD492	1,077

Codes	Coefficients de majoration
HBGD316	1,077
HBGD117	1,077
HBGD181	1,077
HBGD210	1,077
HBGD018	1,077
HBGD004	1,077
HBGD025	1,077
HBGD021	1,077
HBGD038	1,077
HBGD044	1,077
HBGD322	1,077
HBGD160	1,077
HBGD403	1,077
HBGD300	1,077
HBGD358	1,077
HBGD003	1,077
HBGD402	1,077
HBGD281	1,077
HBGD171	1,077
HBGD016	1,077
HBGD466	1,077
HBGD299	1,077
HBGD102	1,077
HBGD159	1,077
HBGD465	1,077
HBGD017	1,077
HBGD190	1,077
HBGD397	1,077
HBGD080	1,077
HBMD019	1,077
HBGB005	1,077
HBGB003	1,077
HBGB002	1,077
HBGB004	1,077
HBFA007	1,077
HBED023	1,077
HBED024	1,077
HBBA003	1,077
HBBA002	1,077
HBBA004	1,077

Codes	Coefficients de majoration
HBJB001	1,077
HBMA001	1,077
LBLD075	1,077
LBLD066	1,077
LBLD281	1,077
LBLD117	1,077
LBLD015	1,077
LBLD010	1,077
LBLD013	1,077
LBLD004	1,077
LBLD020	1,077
LBLD025	1,077
LBLD026	1,077
LBLD038	1,077
LBLD200	1,077
LBLD294	1,077
LBLD019	1,077
LBLD073	1,077
LBLD086	1,077
LBLD193	1,077
LBLD447	1,077
HBGD462	1,077
HBGD464	1,077
HBGD263	1,077
HBGD280	1,077
HBGD093	1,077
HBGD362	1,077
HBGD054	1,077
HBGD111	1,077
HBGD174	1,077
HBGD057	1,077
HBGD133	1,077
HBGD123	1,077
HBGD468	1,077
HBGD282	1,077
HBGD201	1,077
HBGD042	1,077
HBGD026	1,077
HBGD036	1,077
HBGD043	1,077

Codes	Coefficients de majoration
HBGD319	1,077
HBGD489	1,077
HBGD497	1,077
HBGD106	1,077
HBGD076	1,077
HBGD422	1,077
HBGD420	1,077
HBGD064	1,077
HBGD356	1,077
HBGD146	1,077
HBGD382	1,077
HBGD247	1,077
HBGD197	1,077
HBGD333	1,077
HBGD261	1,077
HBGD499	1,077
HBGD461	1,077
HBGD278	1,077
HBGD258	1,077
HBGD311	1,077
HBGD235	1,077
HBGD374	1,077
HBGD475	1,077
HBGD285	1,077
HBGD338	1,077
HBGD193	1,077
HBGD345	1,077
HBGD414	1,077
HBGD245	1,077
HBGD283	1,077
LBLD270	1,077
LBLD143	1,077
LBLD235	1,077
LBLD311	1,077
LBLD214	1,077
LBLD034	1,077
LBLD057	1,077
LAPB451	1,077
LAPB311	1,077
LAPB459	1,077

Codes	Coefficients de majoration
LAPB408	1,077
LAPB002	1,077
LAPB004	1,077
LAPB003	1,077
LAPB001	1,077
LAPB005	1,077
LAPB006	1,077
LAPB007	1,077
LAPB047	1,077
LAPB030	1,077
LAPB122	1,077
LBGA280	1,077
LBGA441	1,077

Codes	Coefficients de majoration
LBGA354	1,077
LBGA049	1,077
LBGA004	1,077
LBGA003	1,077
LBGA002	1,077
LBGA006	1,077
LBGA007	1,077
LBGA008	1,077
LBGA009	1,077
LBGA139	1,077
LBGA052	1,077
LBGA168	1,077

ANNEXE 27. MONTANT MAXIMAL DES DEPASSEMENTS APPLICABLES AUX BENEFICIAIRES DU DROIT A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE VISES A L'ARTICLE L. 861-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Article 1 Prothèses dentaires incluses dans le panier de soins CMU C et montants maxima pris en charge

Codes CCAM	Libellés	Codes CMUC transposés	Tarif de responsabilité (en €) (1)	Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)	Montant maximum autorisé (en €) (2)
	Prothèses conjointes				
HBLD038	Pose d'une couronne dentaire métallique	FDC1	107,50	122,50	230,00
HBLD036	Pose d'une couronne dentaire céramométallique ou en équivalents minéraux *(CMUC uniquement pour pose de couronnes dentaires céramométalliques, pour incisives, canines et 1eres prémolaires)*	FDC3	107,50	267,50	375,00
HBGD027	Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire ou plurale	FDC5	38,70	0,00	38,70
HBLD007	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée sans clavette sur une dent	FDC38	122,55	0,00	122,55
HBLD261	Pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée avec clavette sur une dent	FDC39	144,05	0,00	144,05
HBLD040	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire métallique - *Hors éléments céramocéramiques* - *Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires*	FDC1+FDC1+FDC3	279,50	555,50	835,00
HBLD043	Pose d'une prothèse plurale comportant 1 pilier d'ancrage métallique, 1 pilier d'ancrage céramométallique ou en équivalents minéraux, et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux	FDC1+FDC3+FDC3	279,50	700,50	980,00

Codes CCAM	**Libellés**	**Codes CMUC transposés**	**Tarif de responsabilité (en €) (1)**	**Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)**	**Montant maximum autorisé (en €) (2)**
	- Hors éléments céramocéramiques - Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires				
HBLD033	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage métalliques et un élément intermédiaire métallique	FDC1+FDC1+FDC1	279,50	410,50	690,00
HBLD023	Pose d'une prothèse plurale comportant 2 piliers d'ancrage céramométalliques ou en équivalents minéraux et un élément intermédiaire céramométallique ou en équivalents minéraux *- Hors éléments céramocéramiques - Eléments céramométalliques : uniquement pour incisives, canines et premières prémolaires*	FDC3+FDC3+FDC3	279,50	845,50	1125,00
	Prothèses adjointes				
HBLD131	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 1 à 3 dents	FDA6+FDA22	193,00	299,50	493,00
HBLD332	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 4 dents	FDA7+FDA22	204,25	444,75	649,00
HBLD452	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 5 dents	FDA8+FDA22	215,00	434,00	649,00
HBLD474	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 6 dents	FDA9+FDA22	225,75	423,25	649,00
HBLD075	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 7 dents	FDA10+FDA22	236,50	497,50	734,00
HBLD470	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 8 dents	FDA11+FDA22	247,25	486,75	734,00
HBLD101	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 9 dents	FDA12	129,00	305,00	434,00
HBLD435	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 9 dents	FDA12+FDA22	258,00	476,00	734,00
HBLD138	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 10 dents	FDA13	139,75	294,25	434,00
HBLD079	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 10 dents	FDA13+FDA22	268,75	465,25	734,00
HBLD083	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 11 dents	FDA14	150,50	366,50	517,00

Codes CCAM	**Libellés**	**Codes CMUC transposés**	**Tarif de responsabilité (en €) (1)**	**Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)**	**Montant maximum autorisé (en €) (2)**
HBLD203	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 11 dents	FDA14+FDA22	279,50	537,50	817,00
HBLD370	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 12 dents	FDA15	161,25	355,75	517,00
HBLD112	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 12 dents	FDA15+FDA22	290,25	526,75	817,00
HBLD349	Pose d'une prothèse amovible définitive à plaque base résine, comportant 13 dents	FDA16	172,00	345,00	517,00
HBLD308	Pose d'une prothèse amovible définitive à châssis métallique, comportant 13 dents	FDA16+FDA22	301,00	516,00	817,00
HBLD031	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine	FDA17	182,75	473,25	656,00
HBLD035	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à plaque base résine	FDA17*2	365,50	946,50	1312,00
HBLD047	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA17+FDA22	311,75	644,25	956,00
HBLD046	Pose d'une prothèse amovible définitive complète bimaxillaire à châssis métallique	(FDA17+FDA22)*2	623,50	1288,50	1912,00
HBLD048	Pose d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à plaque base résine et d'une prothèse amovible définitive complète unimaxillaire à châssis métallique	FDA17*2+FDA22	494,50	1117,50	1612,00
YYYY176	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18	21,50	0,00	21,50
YYYY275	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 2	43,00	0,00	43,00
YYYY246	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 3	64,50	0,00	64,50
YYYY478	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 4	86,00	0,00	86,00
YYYY426	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 5	107,50	0,00	107,50
YYYY389	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées sur une prothèse amovible à plaque base résine	FDA18 x 6	129,00	0,00	129,00

Codes CCAM	**Libellés**	**Codes CMUC transposés**	**Tarif de responsabilité (en €) (1)**	**Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)**	**Montant maximum autorisé (en €) (2)**
YYYY159	Supplément pour pose d'une dent contreplaquée ou massive à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23	32,25	0,00	32,25
YYYY329	Supplément pour pose de 2 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*2	64,50	0,00	64,50
YYYY258	Supplément pour pose de 3 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*3	96,75	0,00	96,75
YYYY259	Supplément pour pose de 4 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*4	129,00	0,00	129,00
YYYY440	Supplément pour pose de 5 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*5	161,25	0,00	161,25
YYYY447	Supplément pour pose de 6 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*6	193,50	0,00	193,50
YYYY142	Supplément pour pose de 7 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*7	225,75	0,00	225,75
YYYY158	Supplément pour pose de 8 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*8	258,00	0,00	258,00
YYYY476	Supplément pour pose de 9 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*9	290,25	0,00	290,25
YYYY079	Supplément pour pose de 10 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*10	322,50	0,00	322,50
YYYY184	Supplément pour pose de 11 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*11	354,75	0,00	354,75
YYYY284	Supplément pour pose de 12 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*12	387,00	0,00	387,00
YYYY236	Supplément pour pose de 13 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*13	419,25	0,00	419,25

Codes CCAM	**Libellés**	**Codes CMUC transposés**	**Tarif de responsabilité (en €) (1)**	**Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)**	**Montant maximum autorisé (en €) (2)**
YYYY353	Supplément pour pose de 14 dents contreplaquées ou massives à une prothèse amovible sur châssis métallique	FDA23*14	451,50	0,00	451,50
HBMD020	Réparation d'une prothèse dentaire amovible en résine, fêlée ou fracturée	FDR19	21,50	43,50	65,00
HBMD017	Adjonction ou remplacement d'un élément d'une prothèse dentaire amovible	FDR20	21,50	43,50	65,00
HBMD114	Adjonction ou remplacement de 2 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FRD20+FDR21	32,25	65,25	97,50
HBMD322	Adjonction ou remplacement de 3 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*2	43,00	87,00	130,00
HBMD404	Adjonction ou remplacement de 4 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*3	53,75	108,75	162,50
HBMD245	Adjonction ou remplacement de 5 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*4	64,50	130,50	195,00
HBMD198	Adjonction ou remplacement de 6 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*5	75,25	152,25	227,50
HBMD373	Adjonction ou remplacement de 7 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*6	86,00	174,00	260,00
HBMD228	Adjonction ou remplacement de 8 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*7	96,75	195,75	292,50
HBMD286	Adjonction ou remplacement de 9 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*8	107,50	217,50	325,00
HBMD329	Adjonction ou remplacement de 10 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*9	118,25	239,25	357,50
HBMD226	Adjonction ou remplacement de 11 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*10	129,00	261,00	390,00
HBMD387	Adjonction ou remplacement de 12 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*11	139,75	282,75	422,50
HBMD134	Adjonction ou remplacement de 13 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*12	150,50	304,50	455,00
HBMD174	Adjonction ou remplacement de 14 éléments d'une prothèse dentaire amovible	FDR20+FDR21*13	161,25	326,25	487,50
HBMD008	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, sans démontage d'éléments	FDR25	32,25	32,75	65,00

Codes CCAM	**Libellés**	**Codes CMUC transposés**	**Tarif de responsabilité (en €) (1)**	**Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)**	**Montant maximum autorisé (en €) (2)**
HBMD002	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage d'un élément	FDR25+FDR26	38,70	32,75	71,45
HBMD488	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 2 éléments	FDR25+FDR26*2	45,15	32,75	77,90
HBMD469	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 3 éléments	FDR25+FDR26*3	51,60	32,75	84,35
HBMD110	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 4 éléments	FDR25+FDR26*4	58,05	32,75	90,80
HBMD349	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 5 éléments	FDR25+FDR26*5	64,50	32,75	97,25
HBMD386	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 6 éléments	FDR25+FDR26*6	70,95	32,75	103,70
HBMD339	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 7 éléments	FDR25+FDR26*7	77,40	32,75	110,15
HBMD459	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 8 éléments	FDR25+FDR26*8	83,85	32,75	116,60
HBMD438	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 9 éléments	FDR25+FDR26*9	90,30	32,75	123,05
HBMD481	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 10 éléments	FDR25+FDR26*10	96,75	32,75	129,50
HBMD449	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 11 éléments	FDR25+FDR26*11	103,20	32,75	135,95
HBMD312	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 12 éléments	FDR25+FDR26*12	109,65	32,75	142,40
HBMD289	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 13 éléments	FDR25+FDR26*13	116,10	32,75	148,85

Codes CCAM	**Libellés**	**Codes CMUC transposés**	**Tarif de responsabilité (en €) (1)**	**Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)**	**Montant maximum autorisé (en €) (2)**
HBMD400	Réparation d'une fracture de châssis métallique de prothèse dentaire amovible, avec remontage de 14 éléments	FDR25+FDR26*14	122,55	32,75	155,30
HBMD249	Adjonction ou changement d'un élément soudé sur une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24	43,00	0,00	43,00
HBMD292	Adjonction ou changement de 2 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*2	86,00	0,00	86,00
HBMD188	Adjonction ou changement de 3 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*3	129,00	0,00	129,00
HBMD432	Adjonction ou changement de 4 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*4	172,00	0,00	172,00
HBMD283	Adjonction ou changement de 5 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*5	215,00	0,00	215,00
HBMD439	Adjonction ou changement de 6 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*6	258,00	0,00	258,00
HBMD425	Adjonction ou changement de 7 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*7	301,00	0,00	301,00
HBMD444	Adjonction ou changement de 8 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*8	344,00	0,00	344,00
HBMD485	Adjonction ou changement de 9 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*9	387,00	0,00	387,00
HBMD410	Adjonction ou changement de 10 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*10	430,00	0,00	430,00
HBMD429	Adjonction ou changement de 11 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*11	473,00	0,00	473,00
HBMD281	Adjonction ou changement de 12 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*12	516,00	0,00	516,00

Codes CCAM	Libellés	Codes CMUC transposés	Tarif de responsabilité (en €) (1)	Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)	Montant maximum autorisé (en €) (2)
HBMD200	Adjonction ou changement de 13 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*13	559,00	0,00	559,00
HBMD298	Adjonction ou changement de 14 éléments soudés d'une prothèse dentaire amovible sur châssis métallique	FDR24*14	602,00	0,00	602,00
HBKD396	Remplacement d'une facette d'une prothèse dentaire amovible	FDR27	17,20	0,00	17,20
HBKD431	Remplacement de 2 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*2	34,40	0,00	34,90
HBKD300	Remplacement de 3 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*3	51,60	0,00	51,60
HBKD212	Remplacement de 4 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*4	68,80	0,00	68,80
HBKD462	Remplacement de 5 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*5	86,00	0,00	86,00
HBKD213	Remplacement de 6 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*6	103,20	0,00	103,20
HBKD140	Remplacement de 7 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*7	120,40	0,00	120,40
HBKD244	Remplacement de 8 facettes d'une prothèse dentaire amovible	FDR27*8	137,60	0,00	137,60

Article 2 Actes d'orthopédie dento-faciale inclus dans le panier de soins CMU C (non transposés en CCAM) et ses montants maxima pris en charge

ANNEXE 15.

Libellés	Codes CMUC transposés	Tarif de responsabilité (en €) (1)	Dépassement maximum autorisé (en €) (2) - (1)	Montant maximum autorisé (en €) (2)
Orthopédie dento-faciale				
Traitement des dysmorphoses, par période de six mois, dans la limite de six périodes : – sans multiattaches	FDO28	193,50	139,50	333,00
Traitement des dysmorphoses : – avec multiattaches	FDO29	193,50	270,50	464,00
Séance de surveillance (au maximum deux par semestre)	FDO31	10,75	0	10,75
Contention après traitement orthodontique : – 1re année – 2e année	 FDO32 FDO33	 161,25 107,50	 0 0	 161,25 107,50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	FDO36	387,00	0	387,00
Orthopédie des malformations consécutives au bec de lièvre total ou à la division palatine :				

– forfait annuel, par année – en période d'attente	FDO34 FDO35	430,00 129,00	0 0	430,00 129,00
Traitement d'orthopédie dento-faciale avec multiattaches au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires pour une période de six mois non renouvelable,	FDO37	193,50	187,62	381,12

ANNEXE 28. DEVIS TYPE POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE

Dans le devis remis au patient, les honoraires facturés pour l'acte faisant l'objet du devis sont distingués en trois composantes :

- le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé (colonne A) comprend l'achat du dispositif médical au fournisseur, majoré d'une partie des charges de structure du cabinet dentaire.

- Le montant des prestations de soins (colonne B1) est la valeur ajoutée médicale du travail effectué par le praticien et toutes ses charges personnelles.

- Les charges de structure du cabinet (colonne B2), autres que celles déjà affectées au prix de vente du dispositif.

Le calcul de ces différentes composantes est effectué à partir des données individuelles de la déclaration 2035 du médecin de l'année N-2, de l'honoraire facturé au patient pour l'acte faisant l'objet du devis et du prix d'achat au fournisseur du dispositif nécessaire à cet acte.

Les charges globales du cabinet sont distinguées en trois catégories :

- les **charges personnelles**, incluant les charges de cotisations sociales personnelles du médecin (code BK de la déclaration 2035), la contribution économique territoriale (code JY), la contribution sociale généralisée (code BV) et les autres impôts (code BS) sont des charges directement imputées à l'activité médicale du praticien, c'est-à-dire au montant des soins.
- Les **charges d'achat** (BA) du cabinet comprennent en majorité les charges d'achat des dispositifs médicaux sur mesure.
- les autres charges (amortissement, frais de personnel, loyers…) sont qualifiées de **charges de structure** du cabinet.

Les étapes de calcul des colonnes A, B1 et B2 à partir des honoraires facturés au patient (colonne C) et des charges affectées sont les suivantes :

Article 1 Données préliminaires (à partir de la déclaration 2035):

Article 1.1. Définitions des rubriques de la déclaration 2035

[BR] = Total dépenses Professionnelles
|BA] = Achats
[BK] = Charges Sociales Personnelles
[JY] = Contribution économique territoriale
[BV] = Contribution sociale généralisée déductible
|BS] = Autres Impôts
[CH] = Dotations aux amortissements
[AG] = Honoraires Totaux

Article 1.2. Calcul du taux de charges de structure :

Le taux de charges de structure est la part de l'honoraire total représentée par l'ensemble des charges du cabinet hors achats et hors charges personnelles :

Taux de charges de structures =
(BR – BA – BK – JY – BV – BS + CH) / AG

ANNEXE 16.

Article 2 Calcul des 3 colonnes, à partir de l'honoraire facturé de l'acte :

→ **Le prix de vente ou coût d'élaboration du dispositif médical sur mesure (colonne A)** intègre le prix d'achat du dispositif et une partie des charges de structure :

Prix de vente du dispositif =
Prix d'achat au fournisseur / (1 – Taux de charges de structures)

→ **Le montant des prestations de soins (colonne B1)**, ou valeur ajoutée médicale de l'acte et charges afférentes se calcule de la façon suivante :

Montant des prestations de soins de l'acte =
Honoraire de l'acte × (1 – taux de charges de structure) – Prix d'achat du dispositif

→ **Les charges de structure (colonne B2)** se calculent comme suit :

Charges de structure =
Honoraire de l'acte – montant des prestations de soins – prix de vente du dispositif.

Cas particulier des actes à honoraires plafonnés (CMU-C)

Les calculs sont établis comme pour un acte à honoraire non plafonné, la différence entre l'honoraire habituel et l'honoraire plafonné est déduite du montant des prestations de soins (B1)

Description des prestations médicales :

S'il le juge utile, le médecin pourra compléter le verso du devis par une description détaillée des prestations médicales réalisées dans le cadre du traitement prothétique ou orthodontique proposé.

DEVIS POUR LES TRAITEMENTS ET ACTES BUCCO-DENTAIRES FAISANT L'OBJET D'UNE ENTENTE DIRECTE
(Les soins à tarifs opposables ne sont pas compris dans ce devis)

Ce devis est la propriété du patient ou de son représentant légal. La communication de ce document à un tiers se fait sous sa seule responsabilité.

ation du médecin traitant

t RPPS |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ion de la structure (raison sociale et adresse du cabinet ou de l'établissement) : ……

tructure (AM, FINESS ou SIRET) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date du devis :
Durée de validité :

Identification du patient
Nom et prénom : ……..
Date de naissance : - - /- - /- - - -
N° de Sécurité sociale de l'assuré : ……..

ar l'assuré si celui-ci envoie ce devis à son organisme complémentaire :
'assuré : ……
…… Adresse e-mail : …… ……..
ganisme complémentaire : …… N° de contrat ou d'adhérent : ……..
ossier *(à remplir par l'organisme complémentaire)* : …… ……..

A remplir par le médecin . Description du traitement proposé :

Dispositions particulières : oui ☐ non ☐ Si oui, lesquelles ?

rication du dispositif médical : ☐ en France ☐ au sein de l'UE, EEE, Suisse ☐ hors UE (Pays) : .....
-traitance du fabricant ☐ avec une partie de la réalisation du fabricant sous traitée : ☐ en France ☐ au sein de l'Union Européenne ☐ hors Union Européenne (Pays) : .....

traitement, il vous sera remis une déclaration de conformité* du dispositif médical (*document rempli par le fabricant ou son mandataire et sous sa seule responsabilité)

Description précise et détaillée des actes :

Libellé de l'acte ou libellé Orthodontique	Matériaux utilisés	Code CCAM ou pour l'orthodontie cotation NGAP	(A) Prix de vente du dispositif médical sur mesure *	(B1) Montant des prestations de soins	(B2) Charges de structure	(C=A+B1+B2) Montant des honoraires	(D) Base de remboursement Assurance Maladie obligatoire ou NR	(E=C-D) Montant non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire	Réservé à l'organisme complémentaire

et								
	1	Alliage précieux NF EN ISO 22674 3/2007	**2**	Alliage semi précieux NF EN ISO 22674 3/2007	**3**	Alliage non précieux CoCr - NF EN ISO 22674 3/2007	**4**	Alliage non précieux NiCR - NF EN ISO 22674 3/2007
	5	Résine Base NF EN ISO 1567 2000	**6**	Résine Dent NF EN ISO 22112 2005	**7**	Céramo-métallique NF EN ISO 9693 2000	**8**	Céramo dentaire NF EN ISO 6872 1999

u son représentant légal reconnaît avoir eu la possibilité du choix de son traitement

ature du patient ou du (ou des) responsable(s) légal (légaux)

Total des honoraires

Signature du médecin

*Coût d'élaboration du dispositif médical

Notice explicative pour le patient figurant au dos du devis

Ce devis s'applique à tout traitement, pour lequel un dispositif médical sur mesure est nécessaire (prothèse dentaire essentiellement). Le médecin vous précisera la durée de validité de ce devis.

Votre médecin vous informera des différentes possibilités de traitement qui vous sont offertes.

Si vous désirez transmettre ce devis à votre organisme complémentaire, vous pouvez renseigner le pavé correspondant.

Dans ce devis, le médecin décrit le traitement qu'il vous propose ainsi que les différents matériaux utilisés. Il vous précise la nature de l'acte conformément à la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) ou pour les actes d'orthodontie, à la Nomenclature Générale des Actes et Prestations (NGAP). Lorsqu'un acte est non remboursable par l'Assurance Maladie Obligatoire, le médecin indique dans la colonne D, réservée à la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire la mention « NR » (Non remboursable).

Le médecin doit indiquer le lieu de fabrication du dispositif médical (exemple : couronne), qui peut être :

- en France ;
- au sein de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE), en Suisse ;
- hors de l'Union européenne, le pays sera alors précisé.

En cas de sous-traitance de la fabrication du dispositif par le fournisseur, le médecin en précisera le lieu.

Une déclaration de conformité du dispositif médical, garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, vous sera remise en fin de traitement.

Ce devis vous informe du coût des traitements proposés par votre médecin. Il précise notamment le prix de vente du dispositif médical sur mesure proposé, correspondant au coût d'élaboration du dispositif médical incluant certaines charges du cabinet (A), le montant des prestations de soins assurées par le praticien lors du traitement (B1), ainsi que le montant des autres charges de structure du cabinet (B2). Les honoraires (C = A + B1 + B2) correspondent à la somme de ces trois montants. En outre, le devis précise le montant restant à votre charge avant remboursement par votre organisme complémentaire, si vous en avez un (E).

ANNEXE 29. LISTE DES SOINS CONSECUTIFS PRIS EN CHARGE AU TITRE DU DISPOSITIF D'EXAMEN BUCCO-DENTAIRE DES JEUNES VISES A L'ARTICLE 21 DE LA CONVENTION MEDICALE

Chapitre et Codes	Libellés
07.01.04.01	Radiographie de la bouche
HBQK389	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües
HBQK191	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 2 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK331	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 3 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK443	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 4 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK428	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 5 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK480	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 6 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK430	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 7 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK142	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 8 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK046	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 9 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK065	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 10 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK424	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 11 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK476	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 12 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK093	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 13 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK041	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires et/ou rétrocoronaires de 14 secteurs distincts de 1 à 3 dents contigües
HBQK002	Radiographie panoramique dentomaxillaire
HBQK001	Radiographie pelvibuccale [occlusale]
07.02.02.03	Réimplantation de dent et autogreffe de germe
HBED022	Autogreffe d'un germe ou d'une dent retenue, dans un site naturel ou préparé chirurgicalement
07.02.02.04	Prophylaxie buccodentaire
HBBD005	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 1 dent
HBBD006	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 2 dents
HBBD007	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 3 dents
HBBD004	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 4 dents
HBBD039	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 5 dents
HBBD404	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 6 dents
HBBD098	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 7 dents
HBBD427	Comblement [Scellement] prophylactique des puits, sillons et fissures sur 8 dents
HBJD001	Détartrage et polissage des dents
07.02.02.05	Restauration des tissus durs de la dent
HBMD043	Restauration d'une dent sur 1 face par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD046	Restauration d'une dent sur 2 faces par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD055	Restauration d'une dent sur 3 faces ou plus par matériau incrusté [inlay-onlay]
HBMD058	Restauration d'une dent d'un secteur incisivocanin sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire

HBMD050	Restauration d’une dent d’un secteur incisivocanin sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD054	Restauration d’une dent d’un secteur incisivocanin sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD044	Restauration d'une dent d’un secteur incisivocanin sur 1 angle par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD047	Restauration d'une dent d’un secteur incisivocanin sur 2 angles par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD053	Restauration d’une dent d’un secteur prémolomolaire sur 1 face par matériau inséré en phase plastique, sans ancrage radiculaire
HBMD049	Restauration d’une dent d’un secteur prémolomolaire sur 2 faces par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD038	Restauration d’une dent d’un secteur prémolomolaire sur 3 faces ou plus par matériau inséré en phase plastique sans ancrage radiculaire
HBMD042	Restauration d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire
07.02.02.06	Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent
HBFD006	Exérèse de la pulpe camérale [Biopulpotomie] d'une dent temporaire
HBFD017	Exérèse de la pulpe vivante d’une incisive ou d’une canine temporaire
HBFD019	Exérèse de la pulpe vivante d’une molaire temporaire
HBFD033	Exérèse de la pulpe vivante d’une incisive ou d’une canine permanente
HBFD021	Exérèse de la pulpe vivante d’une première prémolaire maxillaire
HBFD035	Exérèse de la pulpe vivante d’une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD008	Exérèse de la pulpe vivante d’une molaire permanente
HBFD015	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une incisive ou d'une canine temporaire
HBFD474	Exérèse du contenu canalaire non vivant d'une molaire temporaire
HBFD458	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une incisive ou d'une canine permanente immature
HBFD395	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une première prémolaire maxillaire immature
HBFD326	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une prémolaire immature autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD150	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une molaire permanente immature
HBFD001	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une incisive ou d’une canine permanente
HBFD297	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une première prémolaire maxillaire
HBFD003	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire
HBFD024	Exérèse du contenu canalaire non vivant d’une molaire permanente
07.02.02.08	Autres actes thérapeutiques sur la racine de la dent
HBBD003	Obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine après apexification
HBBD234	Obturation radiculaire d'une première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD001	Obturation radiculaire d'une prémolaire autre que la première prémolaire maxillaire après apexification
HBBD002	Obturation radiculaire d'une molaire après apexification
07.02.02.10	Avulsion de dents temporaires
HBGD035	Avulsion d'1 dent temporaire sur arcade
HBGD037	Avulsion de 2 dents temporaires sur arcade
HBGD309	Avulsion de 3 dents temporaires sur arcade
HBGD284	Avulsion de 4 dents temporaires sur arcade
HBGD065	Avulsion de 5 dents temporaires sur arcade
HBGD462	Avulsion de 6 dents temporaires sur arcade
HBGD464	Avulsion de 7 dents temporaires sur arcade
HBGD263	Avulsion de 8 dents temporaires sur arcade
HBGD280	Avulsion de 9 dents temporaires sur arcade

HBGD093	Avulsion de 10 dents temporaires sur arcade
HBGD362	Avulsion de 11 dents temporaires sur arcade
HBGD054	Avulsion de 12 dents temporaires sur arcade
HBGD111	Avulsion de 13 dents temporaires sur arcade
HBGD174	Avulsion de14 dents temporaires sur arcade
HBGD057	Avulsion de 15 dents temporaires sur arcade
HBGD133	Avulsion de 16 dents temporaires sur arcade
HBGD123	Avulsion de17 dents temporaires sur arcade
HBGD468	Avulsion de 18 dents temporaires sur arcade
HBGD282	Avulsion de19 dents temporaires sur arcade
HBGD201	Avulsion de 20 dents temporaires sur arcade
HBGD042	Avulsion d'1 dent temporaire retenue, incluse ou réincluse
HBGD026	Avulsion de 2 dents temporaires retenues, incluses ou réincluses
07.02.02.11	Avulsion de dents permanentes
HBGD036	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD043	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD319	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD489	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD497	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD106	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD076	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD422	Avulsion de 8 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD420	Avulsion de 9 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD064	Avulsion de 10 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD356	Avulsion de 11 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD146	Avulsion de 12 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD382	Avulsion de 13 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD247	Avulsion de 14 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD197	Avulsion de 15 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD333	Avulsion de 16 dents permanente sur arcade sans alvéolectomie
HBGD261	Avulsion de 17 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD499	Avulsion de 18 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD461	Avulsion de 19 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD278	Avulsion de 20 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD258	Avulsion de 21 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD311	Avulsion de 22 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD235	Avulsion de 23 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD374	Avulsion de 24 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD475	Avulsion de 25 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD285	Avulsion de 26 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD338	Avulsion de 27 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD193	Avulsion de 28 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD345	Avulsion de 29 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD414	Avulsion de 30 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD245	Avulsion de 31 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie
HBGD283	Avulsion de 32 dents permanentes sur arcade sans alvéolectomie

HBGD022	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec alvéolectomie
HBGD034	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD287	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD078	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD060	Avulsion de 5 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD312	Avulsion de 6 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD142	Avulsion de 7 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD231	Avulsion de 8 dents à 10 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD349	Avulsion de 11 dents à 13 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD067	Avulsion de 14 dents à 16 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD418	Avulsion de 17 dents à 19 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD441	Avulsion de 20 dents à 22 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD105	Avulsion de 23 dents à 25 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD191	Avulsion de 26 dents à 28 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD262	Avulsion de 29 dents à 32 dents permanentes sur arcade avec alvéolectomie
HBGD031	Avulsion d'1 dent permanente sur arcade avec séparation des racines
HBGD032	Avulsion de 2 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD415	Avulsion de 3 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
HBGD169	Avulsion de 4 dents permanentes sur arcade avec séparation des racines
07.02.02.12	Autres avulsions de dents ou racines
HBGD039	Avulsion d'1 dent ankylosée sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD002	Avulsion de 2 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD453	Avulsion de 3 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD218	Avulsion de 4 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD480	Avulsion de 5 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD206	Avulsion de 6 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD396	Avulsion de 7 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD113	Avulsion de 8 dents à 10 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD438	Avulsion de 11 dents à 13 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD122	Avulsion de 14 dents à 16 dents ankylosées sur arcade, avec section coronoradiculaire et séparation des racines
HBGD028	Avulsion d'une incisive permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD126	Avulsion de 2 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD062	Avulsion de 3 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD430	Avulsion de 4 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD372	Avulsion de 5 à 6 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD148	Avulsion de 7 à 8 incisives permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD014	Avulsion d'une canine permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD015	Avulsion de 2 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD145	Avulsion de 3 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD416	Avulsion de 4 canines permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD459	Avulsion d'une prémolaire retenue ou à l'état de germe
HBGD386	Avulsion de 2 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD279	Avulsion de 3 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD199	Avulsion de 4 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD385	Avulsion de 5 à 6 prémolaires retenues ou à l'état de germe
HBGD359	Avulsion de 7 à 8 prémolaires retenues ou à l'état de germe

HBGD047	Avulsion d'une première ou d'une deuxième molaire permanente retenue ou à l'état de germe
HBGD492	Avulsion de 2 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD316	Avulsion de 3 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD117	Avulsion de 4 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD181	Avulsion de 5 à 6 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD210	Avulsion de 7 à 8 premières ou deuxièmes molaires permanentes retenues ou à l'état de germe
HBGD018	Avulsion d'une troisième molaire maxillaire retenue ou à l'état de germe
HBGD004	Avulsion d'une troisième molaire mandibulaire retenue ou à l'état de germe
HBGD025	Avulsion de 2 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD021	Avulsion de 3 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD038	Avulsion de 4 troisièmes molaires retenues ou à l'état de germe
HBGD044	Avulsion d'une dent à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD322	Avulsion de 2 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD160	Avulsion de 3 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD403	Avulsion de 4 dents à couronne sousmuqueuse ou en désinclusion muqueuse
HBGD300	Avulsion d'une dent en désinclusion avec couronne sous muqueuse en position palatine ou linguale
HBGD358	Avulsion de 2 dents en désinclusion avec couronnes sous muqueuses en position palatine et/ou linguale
HBGD003	Avulsion d'un odontoïde inclus ou d'une dent surnuméraire à l'état de germe
HBGD402	Avulsion de 2 odontoïdes inclus ou de 2 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD281	Avulsion de 3 odontoïdes inclus ou de 3 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD171	Avulsion de 4 odontoïdes inclus ou de 4 dents surnuméraires à l'état de germe
HBGD016	Avulsion d'une racine incluse
HBGD466	Avulsion de 2 racines incluses
HBGD299	Avulsion de 3 racines incluses
HBGD102	Avulsion de 4 racines incluses
HBGD159	Avulsion de 5 racines incluses
HBGD465	Avulsion de 6 racines incluses
HBGD017	Avulsion d'une dent ectopique
HBGD190	Avulsion de 2 dents ectopiques
HBGD397	Avulsion de 3 dents ectopiques
HBGD080	Avulsion de 4 dents ectopiques
07.02.05.01	Curetage périapical dentaire
HBGB005	Curetage périapical avec résection de l'apex d'une racine dentaire endodontiquement traitée
HBGB003	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une incisive ou d'une canine
HBGB002	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une prémolaire
HBGB004	Curetage périapical avec résection de l'apex et obturation radiculaire d'une molaire
07.02.05.02	Actes thérapeutiques sur le parodonte par soustraction
HBFA007	Gingivectomie sur un secteur de 4 à 6 dents
18.02.07.01	Radiographie peropératoire de la bouche ou de l'appareil digestif
HBQK040	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle ou perinterventionnelle avec radiographie finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK303	Radiographies intrabuccales rétroalvéolaires sur un secteur de 1 à 3 dents contigües préinterventionnelle, perinterventionnelle et finale pour acte thérapeutique endodontique
HBQK061	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contigües, perinterventionnelle et/ou finale, en dehors d'un acte thérapeutique endodontique