

Guide de cotation en MPR : mise à jour de juin 2026

1. Tarif des principales lettres clefs

Ces cotations intéressent les médecins installés **en secteur 1 et/ou secteur 2 OPTAM et secteur 2 hors OPTAM lorsqu'ils pratiquent des tarifs opposables (TO)**. Les cotations qui peuvent être utilisées en secteur 2 hors OPTAM avec dépassement d'honoraires (DH) sont précisées à chaque ligne. Certaines majorations sont interdites au secteur 2 hors OPTAM, y compris lorsque le praticien facture en tarif opposable (TO) : MOP, MCU.

Code	Code AM	Libellé	Tarif	Fréquence	Remarques	Secteur 2 non OPTAM avec DH	Etablissements de santé
C		Consultation	23€			✓	
CS		Consultation spécialisée (avec le code spécialité MPR)	35€			✗	✓
V		Visite	23€			✓	
VS		Visite spécialisée (avec le code spécialité MPR)	35€			✗	✗
APC		Avis Ponctuel de Consultant (adressage médecin traitant)	60 €	Délai minimal de 4 mois entre deux adressages	Groupe de travail en cours sur l'évolution des modalités de l'APC	✓	✓
APU		Avis Ponctuel PUPH	74 €	Délai minimal de 4 mois entre deux adressages		✓	✓
Consultations complexes							
MPH	CCE	Certificat médical du dossier MDPH	60€	Une seule fois dans la vie	Non cumulable avec MCS Facturable uniquement en TO	✗	✓
EPH	CCE	Consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier	60€	Une consultation / trimestre		✗	✓

2. Principales majorations

Code	Libellé	Tarif	Remarques	Secteur 2 non OPTAM avec DH	Etablissements de santé
MCS	Majoration de Coordination Spécialiste Consultation du patient orienté par le médecin traitant pour des soins itératifs avec retour d'information au médecin traitant	5 €	CS + MCS = 40€	✗	✓
MCU	Majoration de prise en charge dans les 48 h par le spécialiste à la demande du médecin traitant.	15 €	Délai porté à 4j au 1/01/26 CS + MCS + MCU = 55€	✗ y compris en TO	✗
MTA	Majoration pour prescription d'appareillage par spécialiste en médecine physique et de réadaptation tous secteurs	23 €	CS + MCS + MTA = 63€	✗	✗
MOP	Majoration personnes âgées > 80 ans	5€	CS+MCS+MOP = 45€	✗ y compris en TO	✓

*TO : tarif opposable

3. Consultations complexes : majoration de 16 € à ajouter à l'acte

Code	Code AM	Libellé	Tarif	Exemple	Secteur 2 non OPTAM avec DH	Etablissements de santé
MCT	MCX	Séquelles invalidantes de traumatisme médullaire / physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave / handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger Maximum 4/an/patient	16€	CS + MCS + MCX = 56€	✗	✗
SGE		Enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive : consultation initiale			✗	✗
SLA		Séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active après le traitement initial d'un AVC. Maximum 4 / an / patient			✗	✗

4. Consultations très complexes : majoration de 30 € à ajouter à l'acte

Code	Code AM	Libellé	Tarif	Exemple	Secteur 2 non OPTAM avec DH	Etablissements de santé
MIS	MTX	Consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave, d'une pathologie neurodégénérative ou d'un trouble du neuro développement (avec retour au MT)	30€	CS + MCS + MTX = 70€	×	×
PIV		Consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (après consultation d'annonce)			×	×

5. Télémédecine

Code	Libellé	Tarif	Remarque	Secteur 2 non OPTAM avec DH	Etablissements de santé
TCS	Acte de téléconsultation du médecin spécialiste	30€		×	✓
TC	Acte de téléconsultation médecin secteur 2 hors OPTAM avec DH			✓	
TE2	Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre professionnel de santé	23 €		×	✓
RQD	Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme	10 €		×	✓

6. Cumul CS + actes sans décote, uniquement à tarif opposable (secteur 1 et secteur 2) :

- ✓ **Évacuation de collection articulaire** du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (codes CCAM : NZJB001 ou MZJB001).
- ✓ **Ponction ou cytoponction d'une articulation** du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (codes CCAM : NZHB002 ou MZHB002).
- ✓ **Injection thérapeutique d'agent pharmacologique** dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur ou supérieur, par voie transcutanée sans guidage (codes CCAM : NZLB001 ou MZLB001).
- ✓ **Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure**, par voie transcutanée sans guidage (code CCAM : LHLB001).

Secteur 2 OPTAM : Seule la CS doit être coté à tarif opposable, il est possible de faire un dépassement sur l'acte CCAM.

Secteur 2 sans OPTAM : La C (23€) et le(s) acte(s) CCAM doivent être facturés à tarif opposable.

Deux actes CCAM peuvent être cotés en cumul de la CS, le plus cher étant facturé à taux plein et le deuxième à 50%.

Pas de cumul possible pour ces actes avec l'APC ni avec les consultations complexes ou très complexes, ni avec la majoration MTA (appareillage)