

Spécialités : médecins

Facturation des tests antigéniques

- 1. Facturation des test antigéniques du 16/10/2020 au 14/10/2021 Page 2
- 2. Facturation des test antigéniques à compter du 15/10/2021 Page 4

Modifié le 17/02/2021



1. Facturation des test antigéniques du 16/10/2020 au 14/10/2021

Les tests antigéniques se déploient en France pour accélérer le dépistage de l'infection Covid-19.

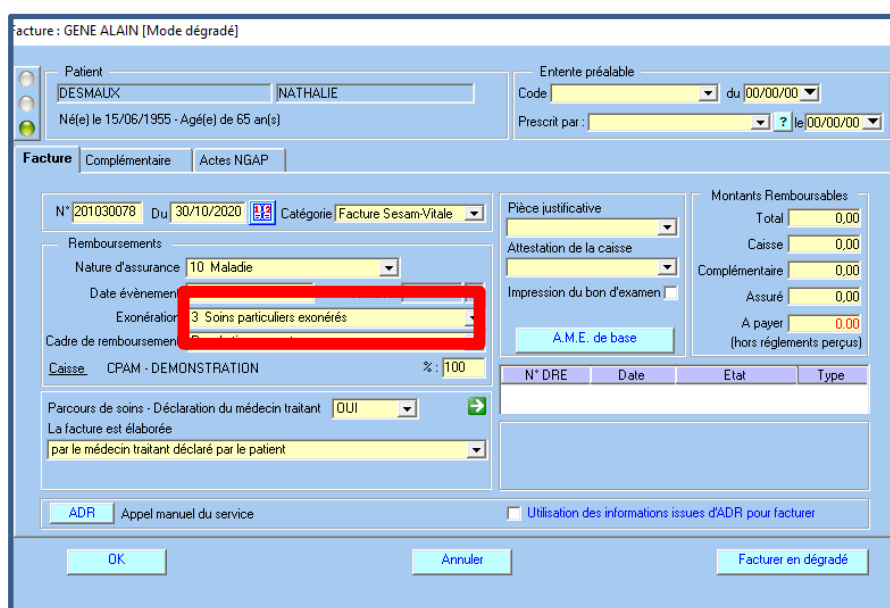
Selon l'arrêté du 16 octobre 2020, les médecins libéraux ou exerçants dans un centre de santé peuvent réaliser dans le cadre de leur consultation.

- L'acte C2 (46 euros) si l'examen est réalisé sur le lieu d'exercice.
- L'acte V2 (46 euros) + MD (+/- IK) si l'examen est réalisé au domicile du patient.

Ces cotations ne sont pas cumulables avec une autre majoration, à l'exception de la majoration MIS lorsque le médecin participe à la recherche de cas contacts.

Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro de détection antigénique du virus SARS-CoV-2 sont délivrés gratuitement par les pharmacies d'officine mentionnées à l'article L. 5125-1 du code de la santé publique aux médecins et infirmiers mentionnés au VI, sur présentation d'un justificatif de la qualité du professionnel.

Cette consultation est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire en utilisant le code EXO 3.



Facture : GENE ALAIN [Mode dégradé]

Patient : DESMAUX NATHALIE
Né(e) le 15/06/1955 - Agé(e) de 65 an(s)

Entente préalable : Code [] du 00/00/00
Prescrit par : [] le 00/00/00

Facture Complémentaire Actes NGAP

N° 201030078 Du 30/10/2020 Catégorie Facture Sesam-Vitale

Remboursements : Nature d'assurance 10 Maladie
Date événement []
Exonération 3 Soins particuliers exonérés
Cadre de remboursement []
Caisse CPAM - DEMONSTRATION % : 100

Parcours de soins - Déclaration du médecin traitant OUI
La facture est élaborée par le médecin traitant déclaré par le patient

Pièce justificative []
Attestation de la caisse []
Impression du bon d'examen []
A.M.E. de base

Montants Remboursables : Total 0,00
Caisse 0,00
Complémentaire 0,00
Assuré 0,00
A payer 0,00 (hors règlements perçus)

ADR Appel manuel du service [] Utilisation des informations issues d'ADR pour facturer []

OK Annuler Facturer en dégradé

Pour facturer un test antigénique sur le lieu d'exercice

Facture : GENE ALAIN [Mode dégradé]

Patient : DESMAUX NATHALIE
Né(e) le 15/06/1955 - Agé(e) de 65 an(s)

Entente préalable : Code [] du 00/00/00
Prescrit par : [] ? le 00/00/00

Facture Complémentaire **Actes NGAP**

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation					Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL	ACTES
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P		
1	Ven	30/10/2020	09:50	<input type="checkbox"/>	1	C	2,00			46,00						46,00	Ajouter Supprimer

Pour facturer un test antigénique sur le lieu d'exercice + MIS

Facture : GENE ALAIN [Mode dégradé]

Patient : DESMAUX NATHALIE
Né(e) le 15/06/1955 - Agé(e) de 65 an(s)

Entente préalable : Code [] du 00/00/00
Prescrit par : [] ? le 00/00/00

Facture Complémentaire **Actes NGAP**

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation					Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL	ACTES
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P		
1	Ven	30/10/2020	09:50	<input type="checkbox"/>	1	C	2,00			46,00						46,00	Ajouter Supprimer
2	Ven	30/10/2020	09:50	<input type="checkbox"/>	1	MIS	1,00			30,00						30,00	

Pour facturer un test antigénique au domicile du patient

Facture : GENE ALAIN [Mode dégradé]

Patient : DESMAUX NATHALIE
Né(e) le 15/06/1955 - Agé(e) de 65 an(s)

Entente préalable : Code [] du 00/00/00
Prescrit par : [] ? le 00/00/00

Facture Complémentaire **Actes NGAP**

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation					Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK			TOTAL	ACTES
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P		
1	Ven	30/10/2020	09:50	<input checked="" type="checkbox"/>	1	V	2,00			46,00						46,00	Ajouter Supprimer
2	Ven	30/10/2020	09:50	<input checked="" type="checkbox"/>	1	MD	1,00			10,00						10,00	



2. Facturation des test antigéniques à compter du 15/10/2021

La fin de la gratuité générale des tests est en place depuis le 15 octobre 2021. Depuis cette date, les tests RT-PCR et les tests antigéniques **ne sont plus systématiquement pris en charge par l'Assurance Maladie**. Cette mesure sert à accompagner la progression de la vaccination, gratuite et accessible à tous, qui reste la meilleure façon de se protéger et de protéger les autres.

Désormais, les tests réalisés en vue d'obtenir un pass sanitaire sont payants ; les tests réalisés dans un but de dépistage restent pris en charge par l'Assurance Maladie afin de préserver un dispositif fiable de surveillance de l'épidémie, d'assurer une détection et une prise en charge rapide des cas, de rompre les chaînes de transmissions du virus et de détecter les nouveaux variants d'intérêt.

Vous trouverez dans le lien suivant le tableau indicatif de prise en charge :

https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/767091/document/2021285_pec_testcovid_tableau.pdf


Source : <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/medecin/actualites/prise-en-charge-des-tests-covid-19-partir-du-15-octobre-quelles-evolutions>

Pour les patients qui entrent dans le schéma d'une prise en charge à 100 % en exonération 3, la facturation dans le logiciel sera la suivante :

- Au cabinet :

L'acte C 1.70 à 39.10 € et +/- majorations pour les actes effectués la nuit ou le dimanche

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM												ACTES		
N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation					Montant de l'acte	Dépas- sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL	Ajouter	Supprimer	
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P	M				S
1	Jeu	10/02/2022	12:44		1	C	1,70											39,10		

Puis faire un clic droit de la souris  dans la case « Acte » et cliquer sur « choisir le code exonération »

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM												ACTES		
N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation					Montant	Dépas- ment	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL	Ajouter	Supprimer	
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj					Demi	EP	P	M				S
1	Ven	11/02/2022	09:44		1	C												39,10		

Détail ligne n°1 - Exonération 0

N° d'identification de l'appareil

N° de la dent traitée

Choisir le code exonération

Modifier le montant de la part caisse

Gestion de la prévention

Détails

C- consultation

Choisir le code d'exonération 3

Choix du code justificatif d'exonération

Choisissez le libellé présent sur l'attestation de la carte vitale pour l'acte C du 21/12/2020

Libellé	Exonérations compatibles				
	0	4	5	6	9
100 % toute prestation sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire	X				
100 % si liés ALD sinon 90 % toute prestation sauf 100 % transport, hospitalisation, Appareillage	X	X			
90 % toute prestation sauf 100 % transport, hospitalisation, Appareillage	X				
100 % si liés ALD sinon 80 % toute prestation sauf 100 % transport, hospitalisation, appareillage 75 % méx		X			X
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament					X
100 % si liés ALD sinon 100 % maternité		X	X		
100 % toute prestation sauf vignettes bleues 90 %			X		
100 % maternité			X		
100 % si liés ALD sinon 100 % toutes prestations sauf vignettes bleues 90 %		X	X		
100 % si liés ALD sinon Autres cas taux régime général	X	X			
Régime réduit soins non couverts					
Pas d'exo taux régime général	X				

Rappel des codes justificatif d'exonération : 0: Pas d'exonération - 4: ALD - 5: Patient exonéré - 6: Régime spécial - 9: FNS

Choix du code justificatif d'exonération pour l'acte C du 21/12/2020

<input type="radio"/> 0 : Pas d'exonération	70
<input checked="" type="radio"/> 3 : Soins particuliers exonérés	100
<input type="radio"/> 7 : Soins dispensés dans le cadre d'un dispositif de prévention	100



- **A domicile :**

L'acte V 1.7 à 39,10 € + majoration de déplacement à 10 €, le coût de la visite est inclus.
+/- majorations pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL	
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%
1	Jeu	10/02/2022	13:09	<input checked="" type="checkbox"/>	1	V	1,70												39,10
2	Jeu	10/02/2022	13:10	<input checked="" type="checkbox"/>	1	MD	1,00												10,00

Puis faire un clic droit de la souris dans la case « Acte » et cliquer sur « choisir le code exonération »

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant	Dépas- ment	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL	
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%
1	Ven	11/02/2022	09:44	<input type="checkbox"/>	1	C													39,10

Détail ligne n°1 - Exonération 0

N° d'identification de l'appareil

N° de la dent traitée

Choisir le code exonération

Modifier le montant de la part caisse

Gestion de la prévention

C- consultation

Choisir le code d'exonération 3

Choix du code justificatif d'exonération

Choisissez le libellé présent sur l'attestation de la carte vitale pour l'acte C du 21/12/2020

Libellé	Exonérations compatibles				
	0	4	5	6	9
100 % toute prestation sauf 75 % pharmacie et prothèse dentaire	X				
100 % si liés ALD sinon 90 % toute prestation sauf 100 % transport, hospitalisation, Appareillage	X	X			
90 % toute prestation sauf 100 % transport, hospitalisation, Appareillage	X				
100 % si liés ALD sinon 80 % toute prestation sauf 100 % transport, hospitalisation, appareillage 75 % méd		X			X
80 % toute prestation sauf 100 % transport hospitalisation appareillage 75 % médicament					X
100 % si liés ALD sinon 100 % maternité		X	X		
100 % toute prestation sauf vignettes bleues 90 %			X		
100 % maternité			X		
100 % si liés ALD sinon 100 % toutes prestations sauf vignettes bleues 90 %		X	X		
100 % si liés ALD sinon Autres cas taux régime général	X	X			
Régime réduit soins non couverts					
Pas d'exo taux régime général	X				

Rappel des codes justificatif d'exonération : 0: Pas d'exonération - 4: ALD - 5: Patient exonéré - 6: Régime spécial - 9: FNS

Choix du code justificatif d'exonération pour l'acte C du 21/12/2020

<input type="radio"/> 0: Pas d'exonération	70
<input checked="" type="radio"/> 3: Soins particuliers exonérés	100
<input type="radio"/> 7: Soins dispensés dans le cadre d'un dispositif de prévention	100



Depuis le 15 octobre 2021, en dehors des cas cités dans le tableau indicatif de prise en charge, la **réalisation d'un test est à la charge de la personne.**

Pour rappel, la facturation d'un test antigénique qui n'est pas pris en charge **doit comprendre la facturation au patient de l'acte de réalisation du test et du dispositif médical permettant de réaliser le test (prix de vente de 6,01 €)**. Le cas échéant, les indemnités de déplacement et les majorations (dimanche notamment) s'appliquent également pour les tests non pris en charge.

Tests antigéniques

Le tableau ci-dessous présente les différents cas de figure et prix correspondant pour la réalisation de tests antigéniques :

Tarifs en métropole des tests antigéniques au 15 octobre 2021 pour les médecins	
Tarif en cabinet/office	45,11 € (C1,7 à 39,10 € + dispositif à 6,01 €) (1) inclut le coût de la consultation
Tarif à domicile	55,11 € (V1,7 à 39,10 € + dispositif à 6,01 € + majoration de déplacement à 10 €) (1) inclut le coût de la visite

(1) +/- majorations pour les actes effectués la nuit ou le dimanche

Pour les patients qui n'entrent pas dans le schéma d'une prise en charge à 100 %, la facturation dans le logiciel sera la suivante :

Facturation en « pas de tiers payant »

- **Au cabinet :**

L'acte C 1.70 à 39.10 € et +/- majorations pour les actes effectués la nuit ou le dimanche

Ajouter l'acte HN* (dispositif médical) à 6.01€

Mettre la qualification de dépense en N*

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM														
N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL		
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%	
1	Ven	11/02/2022	15:40	<input type="checkbox"/>	1	C	1,70					39,10		N						39,10
											GR									
											DE									
											N									
											DA									

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM														
N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL		
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%	
1	Ven	11/02/2022	15:40	<input type="checkbox"/>	1	C	1,70					39,10		N						39,10
2	Ven	11/02/2022	15:45	<input type="checkbox"/>	1	HN	1,00					Tarification								25,00
											<p>Veillez saisir le montant des honoraires</p> <p>6.01</p> <p>OK ANNULER</p>									

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM														
N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL		
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%	
1	Ven	11/02/2022	15:40	<input type="checkbox"/>	1	C	1,70					39,10		N						39,10
2	Ven	11/02/2022	15:42	<input type="checkbox"/>	1	HN	1,00					6,01		N						6,01

Le patient devra payer l'intégralité de la facture.



• **A domicile :**

L'acte V 1.7 à 39,10 € le coût de la visite est inclus + **Ajouter** l'acte MD majoration de déplacement à 10 €, **Ajouter** l'acte HN* (dispositif médical) à 6.01€
 +/- majorations pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.
 Mettre la qualification de dépense en N* sur tous les actes

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL	
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%
1	Ven	11/02/2022	15:40	<input checked="" type="checkbox"/>	1	V	1,70				39,10		N						39,10

Facture : GENE ALAIN [Mode dégradé]

Patient : AIS F
 Né(e) le 01/01/1930 - Agé(e) de 92 an(s)

Entente préalable : Code []
 Prescrit par : []

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL	
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%
1	Ven	11/02/2022	15:40	<input checked="" type="checkbox"/>	1	V	1,70				39,10		N						39,10
2	Ven	11/02/2022	15:48	<input checked="" type="checkbox"/>	1	MD	1,00				10,00		N						10,00
3	Ven	11/02/2022	15:48	<input checked="" type="checkbox"/>	1	HN	1,00				6,01		N						6,01

Tarification : Veuillez saisir le montant des honoraires
 6.01
 OK ANNULER

N°	Jour	Date des actes	Heure	Désignation						Montant de l'acte	Dépas- -sement	Qualif. Dépense	I.D.	IK				TOTAL	
				Dom	Qté	Acte	Coef	Maj	Demi					EP	P	M	S		%
1	Ven	11/02/2022	15:40	<input checked="" type="checkbox"/>	1	V	1,70				39,10		N						39,10
2	Ven	11/02/2022	15:48	<input checked="" type="checkbox"/>	1	MD	1,00				10,00		N						10,00
3	Ven	11/02/2022	15:48	<input checked="" type="checkbox"/>	1	HN	1,00				6,01		N						6,01

Le patient devra payer l'intégralité é de la facture.

*HN : Hors nomenclature
 N : Non remboursable

