



Spécialités : Médecins

**Tests**  
**Antigéniques**  
**à partir du**  
**15 octobre 2021**

11/02/2022



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](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>



• 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.

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	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 »

Facture		Complémentaire		Actes NGAP		Actes CCAM														
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/officine	<b>45,11 €</b> (C1,7 à 39,10 € + dispositif à 6,01 €) (1) inclut le coût de la consultation
Tarif à domicile	<b>55,11 €</b> (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

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												25,00

Tarification

Veuillez saisir le montant des honoraires

6.01

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

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 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 : [ ]

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 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 type="checkbox"/>	1	HN	1,00											25,00

Tarification

Veuillez saisir le montant des honoraires

6.01

**OK** **ANNULER**

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 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.

