

Participation forfaitaire de 32 euros

Dernière mise à jour le: 07/04/2026



Lorsque le tarif d'un acte (ou un cumul d'actes) dépasse un certain montant, le patient ne paie plus le ticket modérateur habituel, mais une participation fixe de 32 euros, depuis le 1er avril 2026 ⁽¹⁾ (contre 24 euros auparavant)
Il est à noter que les patients sont en droit de demander le tiers-payant pour ces actes onéreux.



LES CAS DE FIGURE D'APPLICATION

La participation forfaitaire s'applique :

- **Lorsque le tarif d'un acte seul (hors majorations) atteint 120 € ;**

Exemple : Polygraphie respiratoire nocturne (GLQP007)

Tarif : 151,68€ Facture en TP AMO = 32€

- **Lorsque l'association de deux actes thérapeutiques atteint 120 €.**

Exemple : Corps étrangers profonds des mains et du corps (QAGA001 + QZGA006)

Tarif : 177,54€ Facture en TP AMO = 32€

[Voir fiche pratique association d'actes.](#)

LES CAS D'EXCLUSION

La participation forfaitaire n'est pas applicable lorsque les soins sont pris en charge à 100% :

- Contexte : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle
- Contexte Maternité ;
- Bénéficiaires exonérés (pension d'invalidité ou de guerre, titulaire d'une rente AT ..) ;
- Soins conformes au protocole ALD ;

- Traitement de la stérilité ;
- Soins dispensés dans le cadre d'un programme national de prévention maladie ;
- Titulaire d'une allocation de solidarité aux personnes âgées (FSV).

LA PRISE EN CHARGE DE LA PARTICIPATION FORFAITAIRE

Les organismes d'assurance maladie complémentaire prennent en charge, sauf exception, les 32 euros au titre du ticket modérateur.

La prise en charge complémentaire est acquise de droit pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et de l'AME complémentaire.

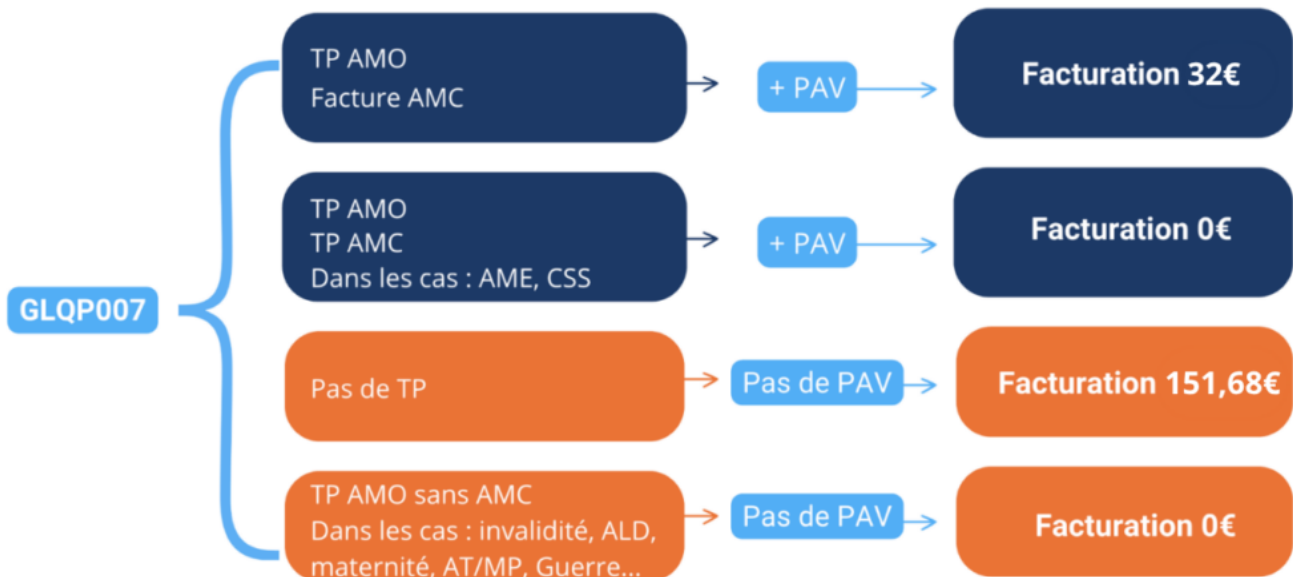
LA FACTURATION

L'application de la participation forfaitaire se traduit par l'ajout sur la facture du code PAV :

- uniquement en tiers-payant ;
- y compris pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et de l'AME complémentaire.

Si le logiciel métier ne génère pas automatiquement le code PAV lors de l'établissement de la feuille de soins, il convient de l'ajouter manuellement lorsque les conditions sont remplies.

Quand rajouter le PAV ?



Dans certains cas, si 2 actes sont facturés,
le second acte ne bénéficie pas de l'exonération.
[Faites un simulateur sur OMNIPrat](#) pour visualiser la part à facturer.

Lors de la première consultation, dédiée à la pose de l'appareil, il est possible de facturer les actes suivants :

- **G**
- **ALQP003** (Recherche d'une dépression) ou
- **GLQP012** (Dépistage d'une BPCO) ou
- **G + DEQP003** (Contrôle sur une insuffisance cardiaque) ou
- **ALQP003 + ALQP006** (Recherche d'un trouble de la mémoire) ou
- **APC** (Acte ponctuel de consultation), à condition :
 - de ne pas être le médecin traitant
 - Ne pas travailler dans le même cabinet médical

Lors de la deuxième consultation :

Si le polygraphe a été fonctionnel, il est possible de facturer **GLQP007** lors de la restitution des résultats.
Plan personnalisé de soins : compte rendu donné ou mis dans le DMP

Dans l'outil d'aide à la cotation OMNIPRAT, le code PAV est appliqué automatiquement.

RÉFÉRENCES ET LIENS

(1) [Ameli - Remboursement et reste à charges](#)