

Cotation NGAP & *Contrôle CPAM :* *ce que personne n'ose te dire*

AMI, AMX, BSI. La règle des demis. L'avenant 11.

P

*Chaque acte mal coté, c'est de l'argent perdu.
Ce module corrige ça.*

Paul · IDEL · 15 ans de terrain · Zone rurale

easyidel.net · contact@easyidel.net

Sommaire

Intro	La phrase qui change tout	3
Partie 1	La nomenclature maîtrisée	4
Chapitre 1	Les lettres-clés : AMI, AMX, BSI, DI	4
Chapitre 2	Patient dépendant vs non dépendant	6
Chapitre 3	La règle des demis — Article 11B	8
Chapitre 4	AMX : les actes cumulables avec le BSI	10
Chapitre 5	Majorations oubliées = argent perdu	12
Chapitre 6	Avenant 11 : ce qui change dès 2026	14
Partie 2	Survivre au contrôle CPAM	16
Chapitre 7	Dossier, photos, ordonnances : ta seule défense	16
Chapitre 8	Face à l'enquêteur assermenté	19
Chapitre 9	La CPAM ne contrôle pas l'humain	21
Bonus	Check-list & cas pratiques	23

Introduction

La phrase qui change tout

"La CPAM ne contrôle pas l'humain. Elle contrôle l'administratif."

Cette phrase, j'aurais aimé l'entendre le jour de mon installation. Elle m'aurait épargné 12 000€ remboursés pour des soins que j'avais réellement effectués. Des soins réels. Des patients réels. Mais pas de papiers suffisants.

La CPAM ne sait pas si tu es un bon infirmier. Elle ne peut pas le mesurer. Ce qu'elle mesure, c'est **ce qui est écrit, daté, tracé, prescrit**. Rien d'autre.

Ce module est là pour que tu ne fasses jamais cette erreur. Pas de la théorie — du concret, du terrain, des exemples réels. **Fais ça. Maintenant. Pas demain.**

■ Ce que tu vas maîtriser

La nomenclature NGAP complète avec des exemples applicables aujourd'hui. Les règles de cumul et de décoter. Les AMX et le BSI. Les majorations que tu oublies chaque jour. L'avenant 11 tout frais signé. Et surtout : comment survivre à un contrôle CPAM sans perdre 12 000€.

PARTIE 1 — La nomenclature maîtrisée

Chapitre 1

Les lettres-clés : AMI, AMX, BSI, DI

Connais-les par cœur. Sans elles, tu factures dans le vide.

Tout part de là. Chaque acte que tu fais correspond à un code. Ce code détermine ce que tu touches. Si tu te trompes de code — tu sous-cotes et tu perds de l'argent, ou tu sur-cotes et tu rembourses avec pénalités.

Code	Signification	Tarif 2026
AMI	Actes techniques infirmiers — patient NON dépendant	3,15€ (3,35€ nov. 2026)
AMX	Actes techniques — patient DEPENDANT (BSI)	3,15€ — souvent décoté à 50%
BSA	Forfait dépendance léger	13,00€/jour
BSB	Forfait dépendance intermédiaire	18,20€/jour
BSC	Forfait dépendance lourd	28,70€/jour
DI	Démarche de soins infirmiers (bilan BSI)	10,00€ (DI 1)
IFD	Indemnité forfaitaire de déplacement	2,75€
IFI	IFD dans le cadre d'un forfait BSI	2,75€
MAU	Majoration acte unique (AMI 1 ou 1,5 isolé)	1,35€
MCI	Majoration coordination infirmière (soins complexes)	5,00€

Règle n°1 — Toujours coter l'acte le plus lourd en premier

Le coefficient le plus élevé passe à 100%. Le suivant à 50%. Les autres à 0€. Si tu inverses l'ordre, tu perds de l'argent sur chaque acte.

Exemple immédiat

Pansement lourd (AMI 4) + injection SC (AMI 1) → coter AMI 4 + AMI 0,5. Pas l'inverse. Jamais l'inverse.

Ce qui ne se décote JAMAIS

Ces actes s'ajoutent toujours à 100%, peu importe ce que tu as déjà coté :

- ✓ BSA, BSB, BSC — les forfaits dépendance
- ✓ DI — la démarche de soins infirmiers
- ✓ Toutes les majorations (MAU, MCI, nuit, dimanche, MIE)
- ✓ TLS, TLD, TLL — téléconsultation infirmière

Chapitre 2

Patient dépendant vs non dépendant

C'est la ligne de fracture de toute ta facturation.

Deux patients. Deux logiques de facturation totalement différentes. Confondre les deux, c'est soit perdre de l'argent, soit rembourser un indu. Cette distinction est **la plus importante de tout ce guide**.

Le patient NON dépendant → AMI

Il gère sa vie quotidienne seul. Il n'a pas de BSI. Tu lui fais des actes techniques : injection, prise de sang, pansement. Tu codes en **AMI**. Tu appliques la règle des demis. Tu ajoutes l'IFD.

Le patient DEPENDANT → BSI + AMX

Il a un BSI validé (BSA, BSB ou BSC). Tu touches le forfait journalier. Les actes techniques en plus sont codés en **AMX** — et ils sont décotés à 50% sauf exceptions précises.

Profil patient	Code principal	Règle	Exemple
Patient NON dépendant	AMI	Règle des demis standard	AMI 1 = 3,15€
Patient dépendant BSA	BSA + AMX	AMX décotés à 50%	BSA 13€ + AMX 0,5
Patient dépendant BSB	BSB + AMX	AMX décotés à 50%	BSB 18,20€ + AMX 0,5
Patient dépendant BSC	BSC + AMX	Certains actes à 100% (dérogations)	BSC 28,70€ + actes dérogatoires

■ ■ L'erreur qui coûte le plus cher

Coter AMI au lieu de AMX pour un patient dépendant. Tu sur-cotes. La CPAM détecte l'incohérence avec le BSI déjà facturé. Résultat : indu sur tous les actes de la période. Ça peut remonter sur 2 ans.

Cas concret — Mme Martin, BSB, injection insuline

Erreur classique : BSB (18,20€) + AMI 1 (3,15€) = rejet CPAM garanti. AMI et BSB ne se cumulent pas pour les actes techniques.

Correct : BSB (18,20€) + AMX 0,5 (1,58€) + IFI (2,75€) = 22,53€.

■ La règle simple

Patient avec BSI = AMX. Toujours. Pas AMI. Si tu retiens une seule chose de ce chapitre, c'est ça.

Chapitre 3

La règle des demis — Article 11B

80% des IDEL l'appliquent mal. Vérifier maintenant.

Article 11B de la NGAP — c'est la règle de base du cumul des actes. Elle dit une chose simple que beaucoup appliquent mal :

1er acte → 100% | 2ème acte → 50% | 3ème acte et + → 0€

La règle semble simple. Elle l'est. Mais deux pièges tuent la facturation :

- 1) Piège 1** — Ne pas coter l'acte le plus lourd en premier
- 2) Piège 2** — Oublier que certains actes échappent totalement à cette règle

Exemple concret — Patient diabétique non dépendant

Acte	Code	Règle appliquée	Montant
Glycémie capillaire	AMI 0,25	2ème acte → 50%	AMI 0,125 → 0,39€
Injection insuline	AMI 1	1er acte → 100%	AMI 1 → 3,15€
IFD	IFD	Jamais décoté	2,75€
TOTAL			6,29€

■ Toujours mettre l'acte le plus lourd en 1er dans ton logiciel

L'injection insuline (AMI 1) > glycémie (AMI 0,25). La glycémie passe en 2ème et se décote automatiquement à 50%. Si tu fais l'inverse, tu perds 1,18€ par passage. Sur 200 patients diabétiques par an, c'est 236€ de perdus silencieusement.

Les dérogations — actes toujours à 100%

Ces actes **ne se décotent jamais**, même s'il y a d'autres actes dans la même séance :

- ✓ BSA / BSB / BSC — forfaits dépendance
- ✓ DI — démarche de soins infirmiers
- ✓ MAU — majoration acte unique

- ✓ MCI — majoration coordination
- ✓ MIE — majoration enfant -7 ans
- ✓ Majorations nuit et dimanche
- ✓ TLS / TLD / TLL — téléconsultation

Chapitre 4

AMX : les actes cumulables avec le BSI

10 actes dérogent à la règle. Les connaître = ne plus jamais perdre un euro.

Quand un patient a un BSI, les actes techniques passent en AMX et sont décotés à 50%. Mais certains actes **dérogent à cette règle** et restent facturable à 100% en plus du forfait BSI.

Les actes en sus du BSI — facturable à 100%

Acte	Cotation	Règle
Pansement lourd et complexe	AMI 4 à 100%	En plus du BSI, non décotable
Pansement d'escarres multiples	AMI spécifique	Hors forfait BSI
Perfusion	Selon acte	Non incluse dans le BSI
Prélèvement veineux	AMI 0,5	Dérogation possible
Soins palliatifs complexes	AMI spécifique	Hors forfait
Éducation thérapeutique diabète	Inclus AMX	Vérifier ordonnance
Surveillance INR / anti-coagulant	AMI ou AMX	Selon dépendance

Cas concret — Mme Dupont, BSB + diabétique

Passage matin : BSB (18,20€) + glycémie AMX 0,25 à 50% (0,39€) + insuline AMX 0,5 à 50% (0,79€) + IFI (2,75€)

Total : 22,13€ — contre 6€ si tu mets juste AMI sans le BSI. Différence : **16€ par passage**. Sur 300 jours par an = **4 800€ perdus**.

■ Le contrôle CPAM sur les AMX

Si tu cotises AMI au lieu de AMX pour un patient sous BSI, la CPAM le détecte automatiquement par croisement informatique. Les deux lignes de facturation sont incompatibles. Résultat : indu sur la totalité de la période contrôlée.

Chapitre 5

Majorations oubliées = argent perdu

Chaque oubli, c'est de l'argent qui dort dans ta tournée.

Les majorations sont légitimes, prévues par la convention, et tu as le droit de les facturer. Ne pas les appliquer, c'est travailler gratuitement.

Majoration	Tarif	Condition	Exemple
MAU — Acte unique	1,35€	AMI 1 ou AMI 1,5 seul lors d'une visite	Passage pour injection seule
MCI — Coordination	5,00€	Soins palliatifs, pansements complexes lourds	Patient cancer en soins palliatifs
Nuit 20h-23h / 5h-8h	9,15€	Acte réalisé dans cette plage	Injection insuline à 7h
Nuit 23h-5h	18,30 €	Plage nocturne profonde	Soin d'urgence à 2h
Dimanche / Férié	8,50€	Dès samedi 8h pour urgences	Pansement dimanche matin
MIE — Enfant -7 ans	3,15€	Patient de moins de 7 ans	Soin pédiatrique
MIR — Régulation	15,00 €	Intervention demandée par SAS/SAMU (avenant 11)	Levée de doute suite à appel 15

Le piège du dimanche

La majoration dimanche s'applique **dès le samedi à 8h pour les appels d'urgence**. Beaucoup d'IDEL ne la facturent qu'à partir du dimanche 0h. Résultat : chaque samedi matin d'urgence non majoré.

■ Cas concret — Samedi 9h, pansement d'urgence

Tu intervies suite à un appel en urgence samedi matin à 9h. Tu majores dimanche/férié (8,50€) + MAU (1,35€) si acte unique. Si tu ne les ajoutes pas : 9,85€ perdus. Sur 52 samedi par an = 512€.

Le nouveau : MIR — Avenant 11

Depuis l'avenant 11 (mars 2026) : si tu intervies à domicile suite à une demande de régulation (SAS ou SAMU), tu peux facturer **MIR à 15€** par intervention. Maximum 20 MIR par semaine. Et si l'intervention n'aboutit pas à un acte NGAP : **levée de doute = AMI 1,35**.

Chapitre 6

Avenant 11 : ce qui change dès 2026

Signé le 31 mars 2026. S'applique maintenant. Tu dois le savoir.

503 millions d'euros investis sur 2026-2029. La première revalorisation de l'AMI depuis 2009. Et des nouveaux actes qui reconnaissent enfin ce que tu fais déjà depuis des années.

Mesure	Tarif / Impact	Date	Détail
AMI / AMX	3,15€ → 3,35€	Novembre 2026	+0,20€ par acte
AMI / AMX	3,35€ → 3,45€	Novembre 2027	+0,10€ supplémentaire
CIA — Consultation insuline	20€	2026	Diabète type 2, instauration insuline
CIB — Suivi bilan prévention	20€	Juillet 2027	Après Mon Bilan Prévention
MIR — Régulation SAS/SAMU	15€	2026	Max 20/semaine
Levée de doute	AMI 1,35	2026	Intervention sans acte NGAP
Accès direct plaies	Sans ordonnance	Janvier 2027	Plaies non chirurgicales
IDER — Infirmier référent	Forfait coordination	Juillet 2027	Patients ALD, via amelipro
MSG — Majoration BSC	3,10€	2028	Patients très fragiles, seuils SEGA

Ce que ça change concrètement pour ton cabinet

Pour un cabinet de 30 actes/jour, la revalorisation AMI de novembre 2026 représente **+6€/jour de chiffre d'affaires**. Soit +180€/mois, +2 160€/an. Sans rien changer à ta pratique.

Avec les nouvelles consultations CIA à 20€ et le rôle d'infirmier référent, **la FNI estime à +306€/mois de CA supplémentaire à l'horizon fin 2027**. Soit +3 700€/an.

■ Action immédiate

Prépare-toi à facturer la CIA dès 2026 : repère tes patients diabétiques de type 2 qui commencent l'insuline. C'est 20€ par consultation d'éducation, jusqu'à 4 consultations par patient. Et déclare-toi infirmier référent sur amelipro dès que le télé-service ouvre en 2027.

PARTIE 2 — Survivre au contrôle CPAM

Chapitre 7

Dossier, photos, ordonnances : ta seule défense

J'ai remboursé 12 000€ pour des soins réels. Voilà pourquoi.

"Si ce n'est pas écrit, ça n'existe pas."

Ce n'est pas une métaphore. C'est la règle juridique qui s'applique lors d'un contrôle CPAM. J'en suis la preuve vivante : 12 000€ remboursés pour des soins que j'avais réellement effectués. Des patients réels, des actes réels, des résultats réels. Mais pas de dossiers assez solides.

La règle des 3 piliers

Pilier	Ce que tu fais	Ce que ça prouve
■ Le dossier de soins	Note datée + vocabulaire exact à chaque passage	Preuve administrative de l'acte
■ La photo	Plaie, environnement, matériel, médicaments	Preuve visuelle incontestable
■ L'ordonnance valide	Prescrite avant l'acte, couvrant l'acte, sans trou	Sans elle, l'acte n'est pas remboursé

Le cahier de soins à domicile — ton arme secrète

Pour chaque patient BSI : **un cahier de soins qui reste au domicile**. À chaque passage, tu griffes et tu notes une constante (tension, glycémie, poids, douleur, saturation).

Pourquoi ? Parce que l'enquêtrice CPAM peut demander au patient : **'L'infirmier est bien passé ?'** Le patient dit oui et montre le cahier. C'est daté. C'est signé. C'est inattaquable.

■ Ce que ça prouve

Une griffe + une constante = tu étais là ET tu as réalisé un acte clinique. Pas juste une visite. Un acte. La CPAM ne peut pas contester un cahier bien tenu avec des constantes quotidiennes.

Le vocabulaire exact dans le dossier

Tu dis	Tu écris	Pourquoi
J'ai déposé le pilulier	Administration du traitement médicamenteux	'Dépôt' n'est pas un soin. 'Administration' oui.
J'ai refait le pansement	Réfection du pansement avec évaluation de la plaie	Préciser l'évaluation clinique
Je suis passé voir le patient	Évaluation de l'état général + constantes	Le passage seul ne justifie pas l'acte
Patient Diogène	Évaluation de l'environnement de vie — photo jointe	L'environnement justifie le BSI
Pansement fait	Réfection du pansement — stade X — photo jointe	Le stade et la photo prouvent la complexité

L'ordonnance : 3 règles absolues

- 1. Elle précède l'acte** — jamais d'acte sans ordonnance en cours de validité
- 2. Elle couvre l'acte** — le libellé doit correspondre exactement à ce que tu fais
- 3. Pas de trou** — un mois sans ordonnance = un mois non remboursable, même si tu as soigné

■ Le médecin ne peut pas réécrire une ordonnance à posteriori

C'est légalement de l'usage de faux. Même si le médecin est de bonne foi, même si le soin était justifié. L'ordonnance doit exister avant l'acte. Point. Si elle est floue ou absente, c'est ton problème, pas celui du médecin.

Ce que tu photographies systématiquement

Situation	Ce qu'on photographie	Pourquoi
Plaie / pansement complexe	Avant et après le soin, à chaque passage	Horodatée automatiquement
Patient Diogène / profil psy	Environnement du domicile	Justifie le niveau BSI

Médicaments	Pilulier préparé ET administré	Prouve l'acte d'administration
Matériel de soin	Dispositifs utilisés pour acte complexe	En cas de contestation du soin

■ ■ Consentement patient

Note dans le dossier que le patient a consenti à la photographie à visée de traçabilité médicale. Une ligne suffit. Cette photo ne quitte jamais le dossier sauf si la CPAM la demande dans le cadre d'un contrôle officiel.

Chapitre 8

Face à l'enquêteur assermenté

Jamais seul. Jamais à chaud. Jamais sans préparation.

Un enquêteur CPAM n'est pas là pour t'aider. Il est là pour trouver des fautes.

Tu es présumé fautif jusqu'à preuve du contraire dans ce contexte. Ce n'est pas une question de mauvaise foi — c'est la mission de l'enquêteur. Comprends ça avant tout rendez-vous.

Règle absolue n°1 — Ne jamais y aller seul

1. Contacte **immédiatement ton syndicat** (FNI, SNIIL) dès la réception de la convocation
2. Demande un **avocat spécialisé en droit de la santé** — certains syndicats en fournissent
3. Ne **jamais signer** quoi que ce soit lors d'un premier rendez-vous
4. Ne **jamais répondre à chaud** — tu peux demander un délai pour préparer ta réponse
5. Note **tout ce qui est dit** lors de l'entretien — date, heure, questions, réponses

Règle absolue n°2 — Le piège de la sémantique

L'enquêteur interroge **le patient**, pas toi. Et le patient utilise ses mots, pas les tiens.

■ L'exemple qui m'a coûté cher

Mon patient a dit : 'L'infirmier dépose le pilulier.' L'enquêtrice a entendu : 'pas de soin effectué.' Car le dépôt de pilulier n'est pas un soin. L'administration oui. Mais dans mon dossier, j'avais écrit 'pilulier' et non 'administration du traitement'. Résultat : les soins n'existaient pas à ses yeux.

Ce n'est pas de la mauvaise foi. C'est de la rigueur sémantique. Et cette rigueur, tu dois l'avoir avant le contrôle — pas pendant.

Règle absolue n°3 — Le patient est ton témoin involontaire

Quand tu expliques ce que tu fais à chaque passage, le patient peut le décrire. Un patient informé de son soin utilise des mots plus proches des tiens. Ce n'est pas de la manipulation — c'est de l'éducation thérapeutique.

■ La bonne pratique

À chaque passage : 'Je vais faire votre injection d'insuline maintenant.' Pas : 'Je vais piquer.' La nuance sémantique s'installe dans la tête du patient. Si l'enquêteur lui demande, il dit 'injection d'insuline' — pas 'il m'a piqué'.

Ce que l'enquêteur cherche concrètement

- Les **incohérences de dates** entre ordonnances et actes facturés
- Les **trous d'ordonnance** avec continuation de facturation
- Les **actes impossibles** (deux passages distants de 30 min chez deux patients à 20 km)
- Les **cotations incompatibles** (AMI + BSI pour le même acte)
- Les **dossiers vides** ou mal tenus

Chapitre 9

La CPAM ne contrôle pas l'humain

Elle contrôle l'administratif. C'est injuste. C'est la réalité.

"La CPAM ne contrôle pas l'humain. Elle contrôle l'administratif."

Tu peux être le meilleur infirmier de ta région. Tes patients t'adorent. Tes résultats cliniques sont excellents. Ta technique est irréprochable.

Rien de tout ça ne compte lors d'un contrôle CPAM.

Ce qui compte : **le papier. La date. Le bon mot dans la bonne case. La photo datée. L'ordonnance valide.** C'est la seule réalité que la CPAM peut mesurer.

Les 5 réflexes qui valent 12 000€

Réflexe	Ce que tu fais	Pourquoi ça protège
■ Photo systématique	Chaque soin complexe, chaque environnement Diogène	Incontestable
■ Vocabulaire exact	Administration, réfection, évaluation — pas de raccourcis	Sémantiquement juste
■ Dossier à jour	Chaque passage, pas en fin de semaine	Daté et tracé
■ Cahier au domicile	Griffe + constante à chaque passage BSI	Preuve physique
■ Syndicat + avocat	Dès la première convocation, avant tout rendez-vous	Jamais seul

Le trou d'ordonnance — le piège invisible

Un patient sous soins continus. Une ordonnance qui expire. Tu continues de soigner — parce que tu ne peux pas ne pas soigner. Mais tu n'as pas d'ordonnance valide pendant 3 semaines.

Ces 3 semaines ne sont pas remboursables. Même si tu as soigné. Même si c'était médicalement nécessaire. Même si le médecin confirme.

■ Ce que tu dois faire AVANT l'expiration

Surveille les dates d'expiration de toutes tes ordonnances en cours. Contacte le médecin prescripteur 2 semaines avant la fin. Si impossible à joindre : note dans le dossier la tentative de contact avec date et heure. Cette trace te protège partiellement en cas de contrôle.

L'équation finale

Bon infirmier + mauvais dossiers = 12 000€ remboursés

Bon infirmier + bons dossiers = contrôle passé sans encombre

Bonus

Check-list & Cas pratiques

À cocher avant de dormir. À appliquer demain matin.

■ Check-list quotidienne

- Dossier de soins rempli avec le vocabulaire exact à chaque passage
- Photo prise pour tout soin complexe, plaie ou environnement atypique
- Ordonnance vérifiée — valide, couvrant l'acte, sans trou de dates
- Cahier au domicile du patient BSI griffé avec une constante
- Acte le plus lourd coté en premier dans le logiciel
- Majorations vérifiées (MAU si acte unique, nuit, dimanche, MCI si pallia)
- Patient BSI coté en AMX et non en AMI
- Renouvellements d'ordonnances anticipés 2 semaines avant expiration

■ Cas pratiques de validation

M. Dupont, BSB, prise de sang + injection insuline

■ **Correct** : BSB (18,20€) + AMX 0,25 à 50% (0,39€) + AMX 0,5 à 50% (0,79€) + IFI (2,75€) = 22,13€

■ **Erreur classique** : BSB + AMI 1 + AMI 0,25 → Rejet CPAM — AMI incompatible avec BSI

Mme Leroy, non dépendante, pansement lourd + injection SC

■ **Correct** : AMI 4 à 100% (12,60€) + AMI 0,5 à 50% (0,79€) + IFD (2,75€) = 16,14€

■ **Erreur classique** : AMI 1 + AMI 4 → Perd 9€ car acte le plus lourd non mis en premier

M. Petit, dimanche 9h, urgence, injection seule

■ **Correct** : AMI 1 (3,15€) + MAU (1,35€) + Majoration dimanche (8,50€) + IFD (2,75€) = 15,75€

■ **Erreur classique** : AMI 1 + IFD = 5,90€ → Oubli MAU et dimanche = 9,85€ perdus

Mme Garcia, BSC, pansement d'escarre (acte dérogatoire)

■ **Correct** : BSC (28,70€) + AMI 4 à 100% (12,60€) + IFI (2,75€) = 44,05€

■ **Erreur classique** : BSC + AMX 4 à 50% → Pansement d'escarre est dérogatoire, reste à 100%

■ La suite sur easyidel.fr

Module 3 — Gérer sa comptabilité IDEL sans se noyer. Module 4 — Organiser ses tournées intelligemment. Module 5 — Recruter un remplaçant. Et bientôt : l'app cotation easyidel — photo d'ordonnance → cotation optimisée en 30 secondes.