

LISTE DES ACTES ET DES PRESTATIONS

Livres I et III modifiés par les Décisions UNCAM suivantes

Décision du 11 mars 2005	JO du 30 mars 2005
Décision du 18 juillet 2005	JO du 26 août 2005
Décision du 6 décembre 2005	JO du 5 avril 2006
Décision du 27 avril 2006	JO du 16 mai 2006
Décision du 23 juin 2006	JO du 27 juin 2006
Décision du 29 juin 2006	JO du 30 juin 2006
Décision du 31 juillet 2006	JO du 15 septembre 2006
Décision du 4 juillet 2006	JO du 6 octobre 2006
Décision du 14 novembre 2006	JO du 22 décembre 2006
Décision du 5 décembre 2006	JO du 9 février 2007
Décision du 7 mars 2007	JO du 15 mai 2007
Décision du 3 avril 2007	JO du 27 juin 2007
Décision du 3 avril 2007	JO du 29 juin 2007
Décision du 23 août 2007	JO du 11 septembre 2007
Décision du 6 juillet 2007	JO du 3 octobre 2007
Décision du 13 décembre 2007	JO du 8 mars 2008 JO du 13 mars 2008
Décision du 5 février 2008	JO du 22 avril 2008
Décision du 4 mars 2008	JO du 23 mai 2008
Décisions du 1^{er} juillet 2008	JO du 25 septembre 2008 JO du 3 octobre 2008
Décision du 8 octobre 2008	JO du 25 octobre 2008
Décision du 17 septembre 2008	JO du 21 novembre 2008
Décision du 8 octobre 2008	JO du 19 décembre 2008
Décision du 19 janvier 2009	JO du 28 avril 2009

Décision du 5 mars 2009	JO du 11 mars 2009
Décision du 24 juin 2009	JO du 20 août 2009
Décision du 9 juillet 2009	JO du 19 septembre 2009
Décision du 23 novembre 2009	JO du 11 février 2010
Décision du 18 janvier 2010	JO du 25 avril 2010
Décision du 16 mars 2010	JO du 28 mai 2010
Décision du 26 mai 2010	JO du 31 août 2010
Décision du 16 novembre 2010	JO du 26 décembre 2010
Décision du 26 décembre 2010	JO du 6 janvier 2011
Décision du 17 janvier 2011	JO du 6 mars 2011
Décision du 21 février 2011	JO du 19 mai 2011
Décision du 28 septembre 2011	JO du 10 décembre 2011
Décision du 2 novembre 2011	JO du 20 janvier 2012
Décisions du 20 décembre 2011	JO du 21 février 2012 JO du 28 février 2012
Décision du 9 février 2012	JO du 13 avril 2012
Décision du 20 mars 2012	JO du 7 juin 2012
Décision du 19 juillet 2012	JO du 23 novembre 2012
Décision du 13 septembre 2012	JO du 22 novembre 2012
Décision du 2 octobre 2012	JO du 14 novembre 2012
Décision du 26 décembre 2012	JO du 13 février 2013
Décision du 14 février 2013	JO du 16 avril 2013
Décision du 21 mars 2013	JO du 23 mai 2013
Décision du 21 mars 2013	JO du 16 mai 2013
Décision du 8 avril 2013	JO du 31 mai 2013
Décision du 31 mai 2013	JO du 3 août 2013

Décision du 25 septembre 2013	JO du 27 novembre 2013
Décision du 26 novembre 2013	JO du 23 janvier 2014
Décision du 17 décembre 2013	JO du 8 février 2014
Décision du 15 octobre 2013	JO du 8 décembre 2013
Décision du 17 décembre 2013	JO du 20 février 2014
Décision du 18 avril 2014	JO du 24 juin 2014
Décision du 24 juin 2014	JO du 28 août 2014
Décision du 16 juillet 2014	JO du 24 septembre 2014
Décision du 21 juillet 2014	JO du 30 septembre 2014
Décision du 9 septembre 2014	JO du 18 novembre 2014
Décision du 31 mars 2015	JO du 2 juin 2015
Décision du 24 avril 2015	JO du 24 juin 2015
Décision du 17 juin 2015	JO du 21 août 2015
Décision du 2 juillet 2015	JO du 13 octobre 2015
Décision du 10 septembre 2015	JO du 27 novembre 2015
Décision du 12 mai 2016	JO du 19 juillet 2016
Décision du 16 janvier 2017	JO du 12 février 2017
Décision du 21 février 2017	JO du 22 mars 2017

Livre Premier : Dispositions générales

Article I-1

- 15/10/13** Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, libéraux et salariés, pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.
- 17/06/15**

Article I-2

- 15/10/13** La liste des actes techniques remboursables, mentionnée au Livre II et établie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, s'impose aux médecins, aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie. Si un acte n'est pas inscrit dans la liste, il ne peut pas être pris en charge.
- 17/06/15**

Article I-3 Codage

Tout acte de la liste est identifié par un code auquel correspond un libellé. Le code principal comporte sept caractères : les quatre premiers précisent la topographie, l'action, le mode d'accès et la technique, les trois derniers constituent un compteur aléatoire.

Ce code principal est complété par un ou plusieurs codes activité et codes phase de traitement mentionnés à l'article I-6. Ces trois codes sont obligatoires et doivent être inscrits chacun dans une zone particulière de la feuille de soins mentionnée à l'article R 161-40 du code de la sécurité sociale :

- 15/10/13**
- 17/06/15**
- le code activité identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins, des chirurgiens-dentistes et/ou des sages-femmes différents : le code «1» correspond au geste principal, le code «2» correspond au 2^{ème} geste éventuel, le code «3» correspond au 3^{ème} geste éventuel, le code «4» correspond au geste d'anesthésie générale ou locorégionale, le code «5» correspond à la surveillance d'une circulation extracorporelle (CEC) par un médecin autre que celui qui effectue l'intervention chirurgicale ;
 - le code phase de traitement identifie les différentes phases d'un traitement lorsqu'elles existent : le code «1» identifie la première phase de traitement, le code «2» la deuxième phase, le code «3» la troisième phase. Par défaut, lorsqu'il n'y a qu'une seule phase de traitement, le code est «0».

- 15/10/13** Sur la feuille de soins bucco-dentaire, le médecin ou le chirurgien-dentiste doit mentionner la localisation anatomique définie par la norme internationale ISO-3950 (numéro de dent, de sextant, de quadrant ou d'arcade) dans la zone particulière prévue à cet effet.

Trois codes supplémentaires sont facultatifs : le code remboursement exceptionnel mentionné à l'article I-4, le code modificateur mentionné à l'article I-9, le code association mentionné à l'article I-11.

15/10/13
17/06/15 Un acte ne peut être codé qu'à l'issue de sa complète réalisation, à l'exception des actes qui comportent plusieurs codes phase de traitement. Toutefois, quand l'acte thérapeutique initialement prévu n'a pas pu être réalisé dans son intégralité, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme code l'acte effectivement réalisé.

Article I-4 **Prise en charge**

15/10/13
17/06/15 Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve que ce dernier soit en règle avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession.

17/06/15 Les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes sont tenus de respecter les conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation des actes et prestations figurant dans la liste.

Par ailleurs, un acte ou une prestation ne peut être pris en charge que si sa réalisation est conforme aux indications prises en application de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale concernant les dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que médicaments et prestations associées, et l'article L. 162-17 du même code concernant les médicaments spécialisés.

17/06/15 Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme porte le code remboursement exceptionnel «X» sur la feuille de soins. Ce code indique que l'acte a été réalisé dans les conditions précisées dans le Livre II. Si l'acte n'est pas réalisé dans les conditions exigées, il ne peut pas être présenté au remboursement.

Certains actes font l'objet d'un accord préalable du contrôle médical. Ces actes sont repérés dans la liste par les lettres «AP». Ils ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir reçu l'avis favorable du contrôle médical, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

02/10/12 1. Quand l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée. Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

02/10/12 2. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable. La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15^{ème} jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

3. Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par l'assurance maladie, l'absence de réponse,

pendant plus de quinze jours de l'organisme, sur la demande de prise en charge équivaut à un accord. Dans ce cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à l'organisme d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

4. Lorsque la demande est incomplète, l'organisme d'assurance maladie indique au demandeur les pièces manquantes indispensables à l'instruction et fixe un délai pour leur réception. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

17/06/15

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention : « acte d'urgence ».

Article I-5

Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

17/06/15

Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié. Il est réalisé et signé par le médecin ou la sage-femme ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

15/10/13

Pour l'application de l'article I-4, les actes effectués par le chirurgien-dentiste sont consignés dans le dossier du patient. La tenue de ce dossier doit respecter les recommandations établies par la HAS. Il peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Article I-6 **Acte global**

Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste.

L'acte global est soit un acte isolé, qui peut être réalisé de manière indépendante, soit une procédure, qui est le regroupement usuel et pertinent d'actes isolés.

15/10/13 Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, la participation de chaque médecin, chirurgien-dentiste *ou sage-femme* est décrite par une activité distincte. A chaque activité correspond un code activité et un tarif qui ne peut être tarifé qu'une seule fois.

17/06/15

15/10/13 Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes participent à sa réalisation.

17/06/15

15/10/13 Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes différents.

17/06/15

La liste prévoit que des actes peuvent être réalisés en plusieurs phases distinctes dans le temps. Dans ce cas, chaque phase est décrite. A chacune d'entre elles correspondent un code phase de traitement et un tarif qui doit être facturé le jour de sa réalisation.

09/09/14 Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés, sauf dérogations. Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

15/10/13 Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin ou le chirurgien-dentiste qui le réalise :

- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;
- la période perinterventionnelle ;
- la période postinterventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non.

Si durant les quinze jours mentionnés ci-dessus, une seconde intervention, rendue nécessaire par une modification de l'état du patient ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période de quinze jours, annulant le temps restant à courir.

Article I-7 **Anesthésie-réanimation**

15/10/13 L'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite.

Les gestes d'anesthésie-réanimation sont signalés par le code principal de l'acte complété par le code activité «4» mentionné à l'article I-3 qui décrit l'activité spécifique d'anesthésie-réanimation, auquel correspond le tarif du geste d'anesthésie.

23/08/07 Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation de l'anesthésie complémentaire de l'acte, qui est indiquée en regard de celui-ci, ou, si aucune n'est indiquée, de l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1 (ZZLP025). Les libellés de ces anesthésies sont regroupés dans un chapitre spécifique. Ces gestes d'anesthésie peuvent être codés et facturés pour les actes relevant de l'article III-1 du Livre III : Dispositions diverses.

09/09/14 Par dérogation à l'article I-6, le guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique de membre ou de la paroi abdominale (AHQJ021) et le supplément pour récupération peropératoire de sang (YYYY041) peuvent être codés et tarifés bien qu'ils ne soient pas mentionnés en regard des actes auxquels ils peuvent s'appliquer.

Deux types d'actes d'anesthésie-réanimation sont distingués :

1. celles pour lesquelles la présence permanente du médecin anesthésiste est obligatoire pendant toute la phase perinterventionnelle, c'est à dire l'induction, la surveillance, le réveil ;
2. celles pour lesquelles le médecin anesthésiste peut prendre en charge l'anesthésie de deux patients simultanément. Si toutefois pour ces actes, le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient, il peut appliquer une majoration, sous forme de modificateur, appelé «présence permanente de l'anesthésiste» mentionné à l'article III-2. Celui-ci est indiqué en regard des actes concernés.

La présence permanente du médecin anesthésiste pendant la phase perinterventionnelle doit être attestée explicitement sur la fiche d'anesthésie.

Le tarif de chaque geste d'anesthésie couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous les gestes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation pendant l'acte lui-même et pendant la journée de l'intervention.

Pour le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte chirurgical ou un acte interventionnel définis à l'article I-6, le tarif recouvre également, pour le médecin qui le réalise :

- 09/07/09**
- les soins préinterventionnels la veille de l'intervention,
 - la surveillance postinterventionnelle et les actes liés aux techniques de réanimation en dehors de ceux réalisés dans les unités de réanimation et les unités de soins intensifs de cardiologie mentionnées aux articles D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

Le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non pris en charge par l'assurance maladie ne fait pas l'objet d'un remboursement.

Article I-8 **Actes thérapeutiques en séances**

Dans certains cas, un traitement complet est constitué de la répétition d'actes thérapeutiques identiques à des jours différents. Dans ces cas particuliers, chacun de ces actes unitaires, dont la durée de réalisation n'excède pas vingt-quatre heures est appelé «séance». Ces actes, dont les libellés sont introduits par le terme «séance de», ne peuvent être tarifés qu'une fois par vingt-quatre heures.

Article I-9 **Modificateurs**

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. Seuls peuvent être facturés les modificateurs se rapportant à des actes ayant un tarif. La description de ces modificateurs figure à l'article III-2 du Livre III. Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte.

Article I-10 **Actes identiques**

Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code. Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés « actes bilatéraux » :

- soit il existe un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code du libellé décrivant l'acte dans sa réalisation bilatérale ;
- soit il existe un acte comportant la mention « unilatéral ou bilatéral » dans le libellé ou les notes s'y rapportant ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code une seule fois ;
- soit il existe un libellé sans précision de latéralité ; dans ce cas, ce libellé concerne un acte unilatéral ; pour coder la réalisation bilatérale de l'acte, quand celle-ci n'est pas interdite par les règles d'incompatibilités (article I-12), il convient de coder deux fois l'acte en respectant les règles d'association (articles I-11 et III-3).

18/01/10
17/12/13

Cas particulier : pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, les actes identiques d'examen de prélèvement sur plusieurs structures anatomiques sont identifiés par un code et un libellé spécifiques.

Article I-11 **Association**

15/10/13
17/06/15

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes

et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article III-3 du Livre III.

Article I-12 **Règles d'incompatibilités**

Les règles de construction des actes techniques médicaux de la CCAM entraînent un certain nombre d'incompatibilités des actes entre eux. Celles-ci sont valables quel que soit le nombre d'intervenants.

Il est impossible de tarifer dans le même temps, l'association entre :

1. des actes composant une procédure, telle que définie à l'article I-6 ci-dessus ;
2. un acte incluant un autre acte, et ce dernier ;
3. un acte comportant la mention «avec ou sans» un autre acte, et ce dernier ;
4. un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte, et ce dernier ;
- 15/10/13** 5. des actes identiques :
 - réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur les dents, les sextants, les quadrants, les arcades dentaires, sur la main et sur le pied.
 - dont les libellés comportent des informations numériques,
 - 18 /01/10** - dont les libellés précisent la mention bilatérale ;
 - d'anatomie et de cytologie pathologiques
6. des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;
7. des pansement, immobilisation ou appareillage éventuel d'une part, et, d'autre part, des actes portant sur les tissus c'est à dire la peau et le tissu cellulaire sous cutané, ou portant sur les muscles, tendons, synoviales, ou sur les os, ou sur les articulations, ou sur les vaisseaux, ou sur les nerfs, sur le même site anatomique.

Les incompatibilités d'association concernant un acte s'appliquent également aux actes dans lesquels il est inclus ;

A ces incompatibilités générales s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte, explicitées dans son libellé ou dans les notes jointes mentionnées à l'article I-13.

Article I-13 **Conventions d'écriture des libellés**

- 18/01/10** A) Emploi de l'article partitif «de»
L'article partitif «de» a le sens de «quel qu'en soit le nombre» ; ainsi un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur une ou plusieurs lésions de même nature.
- B) Emploi de «un» comme adjectif numéral
Le terme «un» est employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a le sens de un seul.
- 15/10/13**
17/06/15 C) Indication numérique
Quand le libellé d'un acte comporte une indication numérique tel qu'un nombre, une dimension, une surface ou les termes «plusieurs» ou «multiples», le médecin, le

chirurgien-dentiste ou la sage-femme doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement la totalité des gestes effectués au cours de son acte.

D) La conjonction «et»

Dans certains libellés, la conjonction «et» remplace la préposition «avec». Elle en garde le sens inclusif obligatoire.

E) La conjonction «ou»

La conjonction «ou» introduit une proposition alternative : elle est employée avec un sens exclusif.

F) L'expression «et/ou» permet de coder une ou plusieurs actions avec le même libellé.

G) Ponctuation

La virgule placée entre les termes d'une énumération remplace «et, ou, et/ou» employé entre les deux derniers termes de cette énumération.

H) Notes d'utilisation

Afin de préciser le contenu technique des actes décrits ou leurs conditions d'utilisation, des informations supplémentaires peuvent accompagner les libellés. Ces notes d'utilisation sont situées soit, sous les libellés si elles sont d'ordre particulier soit, en tête de chapitre ou de subdivision si elles sont d'ordre général.

Ces notes peuvent être :

- explicatives : elles précisent, au niveau des titres, les conditions d'utilisation des libellés ou le contenu des actes de la subdivision ;
- indicatives : elles sont données comme exemples non limitatifs et figurent sous les libellés ;
- d'exclusion : elles précisent les conditions dans lesquelles le libellé ne doit pas être utilisé et figurent soit au niveau des titres, soit au niveau des libellés ; elles sont limitatives.

Par ailleurs, dans les notes :

- l'expression «coder éventuellement» signale les actes associables, à coder en sus en cas de réalisation simultanée. Seules les associations relativement habituelles sont indiquées à l'aide de cette note ;
- l'expression «avec ou sans» introduit une liste d'actes dont la réalisation éventuelle au cours de l'acte est incluse dans celui-ci et ne doit donc pas être codée en sus.

Les notes relatives à la prise en charge précisent les conditions de remboursement de l'acte :

- conditions de réalisation de l'acte, indications médicales, environnement, formation, nécessité d'un recueil prospectif de données ;
- conditions de facturation.

17/09/08

Article I-14-1

Actes donnant droit à forfait technique

20/03/12

Les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont :
- réalisés par l'utilisation d'équipements matériels lourds dont l'installation est soumise à la

délivrance par l'agence régionale de santé d'une autorisation (articles L 6122-1 et R 6122-26 du code de la santé publique) donnant droit à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité (article L 6122-4 du code de la santé publique) ;

- rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil installé versé à l'exploitant de l'appareil.

Le montant du forfait technique varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence. Celui-ci est établi par zone géographique pour les appareils de scanographie et de remnographie.

23/08/07

Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué. Pour les appareils de scanographie et d'IRM, le montant réduit du forfait technique varie selon la tranche d'activité considérée.

23/08/07

24/04/15

La classification des appareils tient compte de leurs caractéristiques techniques. Elle est établie par année d'installation pour les appareils de scanographie. Les dispositions et tableaux permettant de déterminer la classification de ces appareils sont à l'annexe 3 ainsi que les seuils d'activité de référence et les seuils d'activité définis au-delà de cette activité.

17/09/08

Article I-14-2

Actes donnant droit à autres forfaits

28/09/11

Certains actes sont rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait. Les forfaits sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. Ils ne peuvent être facturés qu'en complément de la réalisation de ces actes. La description de ces forfaits figure à l'Annexe 4 du Livre III.

Article I-15

Remboursement pour pathologie inhabituelle

Lorsqu'un patient présente une pathologie inhabituelle, nécessitant une dérogation aux modalités de prise en charge de la liste, le médecin adresse au contrôle médical une demande écrite motivée. La prise en charge est subordonnée à l'avis favorable du contrôle médical. Le silence gardé pendant plus de quinze jours par un organisme d'assurance maladie vaut décision d'acceptation, conformément à l'article R. 162-52 du code de sécurité sociale.

Livre III : Dispositions diverses

Article III-1

18/01/10
15/10/13
17/06/15

Par dérogation à l'article I^{er}-1 du Livre I^{er}, continuent à relever des dispositions mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux : les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale, les actes de prélèvement réalisés par les médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie anti-cancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux, les actes cliniques des sages-femmes, les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux, les actes communs aux sages-femmes et aux auxiliaires médicaux et les actes d'orthodontie communs aux médecins et aux chirurgiens-dentistes.

Article III-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

25/09/13
15/10/13
17/06/15

➤ Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié, pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles.

- Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes entre 20 h et 08 h ; le code est U. Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les médecins généralistes et les sages-femmes de 20h à 00h ; le code est P.

25/09/13
17/06/15

- Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les médecins généralistes et les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 08h ; le code est S.

Ces trois modificateurs ne concernent pas les forfaits et surveillances par vingt-quatre heures.

- Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F.

Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

17/06/15

➤ Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence d'un patient : le code est M.

➤ Age du patient :

- Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans ; le code est A.

- Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans ; le code est E.

Cette majoration ne s'applique pas aux actes de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette, de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; le code est G.

- Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.

- Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G.
- Chirurgie itérative :
 - Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 6.
 - Intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 6.
 - Intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 6.
 - Anesthésie pour une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 8.
 - Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 8.
 - Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 8.
- Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains ; ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est R.
- Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte, en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est L.
Cette majoration couvre le parage ou la suture de plaie qui ne peuvent donc pas être facturés avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse.
- Majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ; le code est J.
Cette majoration concerne les actes de chirurgie générale, digestive, orthopédique-traumatologique, vasculaire, cardio-thoracique et vasculaire, urologique, pédiatrique, gynécologique et de neurochirurgie. Sont également concernés les actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et de chirurgie réparatrice par lambeaux, communs à plusieurs spécialités ainsi que les actes de chirurgie otologique (y compris la plastie d'oreilles décollées), de méatotomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie.

27/04/06

26/12/12 ➤ Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant
08/04/13 droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K.

17/06/15 Cette majoration concerne :

- les chirurgiens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 dès lors qu'ils adhèrent au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée.
- les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues obstétriciens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 dès lors qu'ils adhèrent au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée.
- les actes d'accouchement réalisés par les sages-femmes.

Par dérogation, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement, autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants susmentionnés pourront coder ce modificateur pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation, les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens pour les actes d'accouchement, autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins pourront coder ce modificateur pour les actes dispensés en urgence dès lors qu'ils respectent pour ces actes les tarifs opposables.

- Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste, pour les actes pour lesquels le médecin anesthésiste peut surveiller simultanément deux patients anesthésiés, lorsque le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient ; le code est 7.
- Réalisation d'une radiographie comparative ; le code est C.
- Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide ; le code est D.
- 22/03/17** ➤ Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue ; le code est Y.
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable ; le code est B.
Ce modificateur ne peut pas être tarifé avec :
 - un acte de radiologie vasculaire et interventionnelle,
 - une radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance,
 - un examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique.
- Modificateurs numériques pour radiothérapie : les codes sont H, Q, V, W. Pour les actes d'irradiation, ces modificateurs sont à mentionner face au code de l'acte pour approcher la dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.

15/10/13 ➤ Réalisation d'un acte de restauration coronaire et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans : le code est N.

Les valeurs de ces modificateurs sont exprimées, soit en pourcentage du tarif de l'acte, soit en valeur monétaire qui s'ajoute au tarif de l'acte. Si plusieurs modificateurs exprimés en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres. Ces montants et pourcentages figurent en annexe 1.

Article III-3

21/03/13 A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite mentionnées dans l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP

Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

1. le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues,
2. le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;
3. le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C x 0,80 ou CS x 0,80. Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite ;
- 29/06/06** 4. le cumul des honoraires de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur 2 sites, par méthode biphotonique avec ceux de la consultation pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation.
- 25/09/13**
17/12/13 5. le cumul des honoraires de la consultation avec ceux des actes de biopsie suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - JHHA001 : Biopsie du pénis
 - JMHA001 : Biopsie de la vulve

Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur.

20/12/11 6. le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les 3 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-

utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

15/10/13
17/06/15

B) Pour l'association d'actes techniques, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme code les actes réalisés et indique, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association devant être appliquée. Ces règles sont précisées ci-dessous et leurs modalités de codage sont décrites à l'annexe 2.

1. Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

2. Dérogations :

a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.

b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

09/09/14

d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique YYYYY028 ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

20/03/12
08/04/13
16/11/10

e) Pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

05/03/09

g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés ;

18/01/10

17/12/13

- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux et/ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

- les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes figurant aux sous-paragraphes 01. 01. 01. 01 - 01. 01. 01. 02 et 01. 01. 01. 03 de la CCAM au Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;

- les actes d'irradiation en radiothérapie ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes ;

- les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein ; deux actes au plus peuvent être tarifés ;

- les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (figurant au chapitre 19 de la CCAM au Livre II) et les actes d'accouchement peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ».

15/10/13

- Les actes bucco-dentaires des sousparagraphes suivants sont associables à taux plein quel que soit leur nombre, (sauf les actes avec déclinaison numérique : cf. Article : I-12 alinéa 5 et Article 1-13 alinéa C).

Sont concernés :

tous les actes des sousparagraphes et paragraphes 07.01.04.01, 07.01.08.01, 07.02.02.01, 07.02.02.03, 07.02.02.04, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.02.09, 07.02.02.10, 07.02.02.11, 07.02.02.12, 07.02.02.15,

07.02.03,

07.02.05,

07.02.06.10,

11.02.05.02, 11.02.05.03, 11.02.05.04,

Les actes suivants du sousparagraphe 11.02.05.05 : LBGA280, LBGA441, LBGA354, LBGA049, LBGA004, LBGA003, LBGA002, LBGA006, LBGA007, LBGA008, LBGA009, LBGA139, LBGA052, et LBGA168,

Les actes suivants du paragraphe 11.05.02 : HBLDD057, HBLD078, HBLD056 HBLD084, HBMP001, LBLD014

Modalités particulières :

- Les actes bucco-dentaires figurant aux sousparagraphe, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.03.01, 07.02.03.02, 07.02.03.04, et 07 02 03 08 sont associables à eux-mêmes à taux plein.
- Les actes bucco-dentaires figurant aux sousparagraphe 07.02.02.01, 07.02.03.03 (sauf HBLD217, HBLD171, HBLD031, HBLD035, HBLD047, HBLD046, HBLD048), 07.02.03.05, 07.02.03.06, 07.02.03.07 et au paragraphe 19.02.11 sont associables à eux-mêmes à taux plein uniquement s'ils sont réalisés sur les deux arcades dentaires.
- Les gestes complémentaires du sousparagraphe 18.02.07.01 « Radiographie intra buccale rétroalvéolaire de la bouche » sont associables une seule fois à taux plein aux actes auxquels ils se rattachent.
- Il n'y a pas de limitation au nombre de gestes complémentaires HBMD082, HBMD072, HBMD081 et HBMD087 du sousparagraphe 18.02.07.06 qui peuvent être codés à taux plein avec l'acte auquel ils se rapportent.
- Lorsque un ou plusieurs actes de radiographies du sous paragraphe 07.01.04.01 sont associés à un ou plusieurs actes de radiographie d'autres sous paragraphes, la règle de l'article III-3, B, 2 Dérogations, i relative aux actes radiographies conventionnelles s'applique.

02/07/15

15/10/13
17/06/15

21/02/11

- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical. .

05/03/09

- i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.
- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.
 - Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.
 - Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.

24/06/09

Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie conventionnelle.

Par actes de radiologie conventionnelle, on entend les actes diagnostiques de radiologie, en dehors de ceux portant sur l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04, des actes par scanographie et des actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Les radiographies de l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04 sont tarifées

selon la règle générale.

- 13/03/15** j) Pour les actes d'endoscopie, lorsque l'examen porte sur les régions anatomiques du nez, du cavum, du larynx ou du pharynx, un seul acte doit être tarifé, sauf dans les indications médicales prévues par la note de facturation de la subdivision «06.01.08 Endoscopie de l'appareil respiratoire ».

Cas particulier

- 15/10/13**
17/06/15 Quand un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise, dans le même temps des actes techniques de la CCAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés hors actes de radiologie conventionnelle dont le nombre n'est pas limité.

L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50% ; les actes de radiologie conventionnelle sont tarifés selon les règles du paragraphe i) ci-dessus.

Les actes NGAP cotés en TO ou ORT sont associés à taux plein.

13/12/07 Codes associations

05/03/09 Le code 1 signifie que l'acte est tarifé à 100 %.

Le code 2 signifie que l'acte est tarifé à 50 %.

Le code 3 signifie que l'acte est tarifé à 75 %.

Le code 4 est utilisé pour des actes spécifiques cités aux paragraphes 2 e) et 2 g) ci-dessus. Il signifie que tous les actes de l'association sont tarifés à 100 %.

Le code 5 signifie que les actes sont tarifés à 100 % ; ce code est utilisé dans le cas décrit au paragraphe 2 h) ci-dessus.

Quand un acte de la CCAM est associé à un acte de la NGAP, aucun code association ne doit être noté.

- 21/03/13**
17/06/15 C) Lorsqu'un gynécologue obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme, titulaire d'un Diplôme universitaire (DIU ou DU) d'échographie obstétricale assurant le suivi médical de grossesse, réalise un acte d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse (JQQM010, JQQM015, JQQM016, JQQM017, JQQM018 ou JQQM019) et une consultation de suivi de la grossesse, il peut facturer les honoraires de ces actes d'échographie (dont les durées respectives établies par les experts lors de la hiérarchisation des actes ont été fixées à respectivement 23-38-33-56-40-60 mn) avec les honoraires correspondant à la consultation de suivi de la grossesse.

Cette consultation doit être réalisée conformément aux recommandations de la HAS : examen clinique général et gynécologique, recherche des facteurs de risque, adaptation des traitements en cours, information générale sur la grossesse et l'accouchement, repérage des situations de vulnérabilité, prescription des examens de dépistage, orientation en fonction des situations à risque.

Il est rappelé que ces actes d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse ne peuvent être facturés qu'une seule fois par trimestre.

Chacun de ces 2 actes (acte d'échographie et consultation) est facturé à taux plein.

Article III-4

I. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit, pour les médecins.

- 26/11/10** Dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, remplacer les mots «omnipraticien » par « médecin généraliste ».
- 12/05/16** Dans la partie « Présentation de la NGAP », au paragraphe « Champ de la NGAP », point I « Actes réalisés par les médecins », le 3. « Cas particuliers des actes de chirurgie dentaire réalisés par des médecins » est supprimé.
- 08/10/08** **A) A la première partie : Dispositions Générales**
- 26/11/10** **Article 2-1.** Lettre clés : les lettres clés KCC, KE, P, ZM et ZN sont abrogées.
Après la lettre clé K introduire la lettre clé « KMB - Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste ».
- Remplacer la définition de la lettre clé CS par : « Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien–dentiste spécialiste qualifié. »
Remplacer la définition de la lettre clé VS par le texte suivant : « Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien–dentiste spécialiste qualifié. »
- 20/12/11** Après la lettre clé V introduire la lettre clé suivante : « VL - Visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant ».
- 20/12/11** Après la lettre clé CNPSY introduire la lettre clé CDE : « Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie ».
- 06/12/05** **L'article 2 bis.** Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste est remplacé par :
- 07/03/07** Lorsque le médecin spécialiste, dont la spécialité est mentionnée dans la liste ci-après, est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation à une majoration forfaitaire transitoire dénommée MPC dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté
- 25/09/13**

du 22 septembre 2011.

08/04/13
18/01/10

Par dérogation, les médecins spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 peuvent bénéficier de la majoration forfaitaire transitoire **MPC** dès lors qu'ils adhèrent au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée ou pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et aux patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code. La valeur en unité monétaire de cette majoration forfaitaire transitoire qui fait l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin ou de l'âge des patients (moins de 16 ans et plus de 16 ans) est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

26/12/12

07/03/07

Liste des spécialités donnant droit à la majoration forfaitaire transitoire :

- Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale
- Réanimation Médicale
- Cardiologie et Pathologie Cardio-Vasculaire
- Dermatologie et Vénérologie
- Gastro-Entérologie et Hépatologie
- Médecine Interne
- Neurochirurgie
- Oto Rhino Laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Rhumatologie
- Ophthalmologie
- Stomatologie
- Médecine Physique et de Réadaptation
- Neurologie
- Néphrologie
- Anatomie-Cytologie-Pathologiques
- Biologie
- Endocrinologie et Métabolismes
- Neuro Psychiatrie
- Psychiatrie Générale
- Psychiatrie option psychiatrie -de l'enfant et de l'adolescent
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Urologique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Chirurgie Infantile
- Chirurgie Maxillo-Faciale
- Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
- Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique
- Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
- Chirurgie Vasculaire

Chirurgie Viscérale et Digestive
Gynécologie Médicale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Médicale et Obstétrique
Obstétrique
Hématologie
Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
Médecine Nucléaire
Oncologie Médicale
Oncologie Radiothérapique
Radiothérapie
Génétique Médicale
Gériatrie
Santé Publique et Médecine Sociale

La majoration forfaitaire transitoire MPC mentionnée ci-dessus ne s'applique pas aux consultations prévues aux articles 14-4 (Forfait pédiatrique) et 15-1 (Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie) des dispositions générales de la NGAP.

25/09/13

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 42.1 de l'arrêté du 22 septembre 2011 sus-cité.

L'article 4. Remboursement par assimilation est abrogé.

Article 11. Actes multiples au cours de la même séance

- Au A) : Actes effectués dans la même séance qu'une consultation :
- Les paragraphes a) et c) sont abrogés.
- **Le premier alinéa est complété par les dispositions suivantes :**

21/03/13

« Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP. »

08/10/08

- Au B) : Actes en K, KMB, KCC, KE, SF, SFI, AMI, AIS, AMP, AMO, AMY effectués au cours d'une même séance :

Les lettres-clés KCC et KE sont abrogées pour les médecins.

Le paragraphe 4 b) est abrogé et la mention « c) » est remplacée par la mention « b) » et la mention « d) » est remplacée par la mention « c) ».

Article 13. Frais de déplacement

- La mention « lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature » est remplacée par « lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ».
- Au C) la mention « pour les actes en K, Z, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO » est remplacée par « pour les actes en K,, Z, , SF, SFI, AMI, AMK, AMC, AMS, AMP et AMO de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM ».

Article 14. Actes effectués la nuit ou le dimanche

- 08/10/08**
- Au A) Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.
Aux 1. et 2°: les lettres-clés KCC, KE sont abrogées.
Au 1. introduire la lettre clé KMB après la lettre K

Article 14.1. Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale

- 05/12/06**
- Au deuxième paragraphe, remplacer l'expression « Nomenclature générale des actes professionnels » par « Classification commune des actes médicaux ».
 - Au paragraphe II, suppression des termes « À titre exceptionnel, et durant la phase d'évaluation prévue à l'article 5.1 de l'accord national de bon usage des soins annexé à l'arrêté du 26-08-2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins ».
 - Le paragraphe III est remplacé par : Lorsque le médecin généraliste est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans les situations prévues ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD :
 - dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin généraliste ;
 - dès lors que cette personne est atteinte d'une maladie contagieuse et que la consultation au cabinet est contre indiquée.Le médecin généraliste communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

- 05/12/06**
- L'article 14. 3. Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet est abrogé.

A l'article 14-4-3. Majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin généraliste, au premier paragraphe, à la première ligne, après les mots « Les consultations » ajouter les mots « et les visites ».

- 06/12/05**
20/12/11
- L'Article 14.4. Forfait pédiatrique est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les consultations ou visites effectuées à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus par le pédiatre ouvrent droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration, dénommée forfait pédiatrique (FPE), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne s'applique qu'aux consultations et aux visites répondant

aux conditions fixées dans l'annexe de l'arrêté du 31/07/02 relatif à l'accord de bonnes pratiques et de bon usage des soins applicable aux pédiatres.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

06/12/05 L'Article 14.4 bis. Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre. est remplacé par les dispositions suivantes :

20/12/11 « Lorsque le pédiatre effectue, auprès d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus, une consultation ou une visite conforme aux critères définis à l'article 14.4 des dispositions générales de la NGAP, ce dernier peut coter, en sus du forfait pédiatrique (**FPE**), une majoration nourrisson pédiatre (**MNP**).

08/04/13 Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 susmentionnés peut coter la MNP dès lors qu'il

26/12/12 adhère au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée ou pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et aux patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.

La **MNP** ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis (Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste) (**MPC**), ni avec la facturation d'un dépassement (**DE**) au sens de l'article 42.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie.

La valeur de la **MNP** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

06/07/07 L'Article 14.4 ter. est remplacé par les dispositions suivantes :

20/12/11 « Article 14.4 ter Majoration des examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R.2132-2 du code de santé publique et de l'examen entre la sortie de maternité et le 28ème jour, par le pédiatre

Lors de la consultation ou de la visite pour l'examen médical obligatoire dans les huit jours, au cours des 9^{ème} ou 10^{ème} mois, au cours des 24^{ème} ou 25^{ème} mois suivant la naissance mentionné à l'article R.2132-1 du code de santé publique, ainsi que lors de la consultation ou de la visite spécifique entre la sortie de maternité et le 28ème jour définie à l'article 15.2.2, le pédiatre doit notamment :

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère,
- pratiquer un examen complet de l'enfant, orienté notamment vers le dépistage des anomalies congénitales, des déficiences et renseigner la rubrique du carnet de santé concernant l'examen clinique de l'enfant

- dans la période périnatale,
- porter sur le carnet de santé de l'enfant les observations médicales, les interventions, et les prescriptions éventuelles qu'il juge utile de mentionner,
 - remplir et adresser la partie médicale des certificats de santé prévus par la Loi n°86-1307 du 29 décembre 1986 et la Loi n°89-899 du 18 décembre 1989, conformément aux dispositions de l'article R.2132-3 du code de santé publique, à l'exception de l'examen entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour.

Cette consultation ou visite effectuée par le pédiatre ouvre droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration dénommée **MBB**.

Cette majoration est cumulable, le cas échéant, avec la **FPE** et la **MNP**.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2. »

06/07/07

Article 14.4 quater. (Majoration de consultation annuelle de synthèse, par le pédiatre, pour un enfant de moins de seize ans atteint d'une affection de longue durée) :

Cette majoration, dénommée MAS (Majoration annuelle de synthèse), s'applique à la consultation annuelle de synthèse effectuée par le pédiatre, pour un patient de moins de 16 ans reconnu porteur d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD) exonérées du ticket modérateur, à l'exclusion des ALD pour affections psychiatriques.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- réaliser un bilan approfondi de l'état de santé de l'enfant,
- faire le point avec lui, sa famille ou le substitut familial sur l'ensemble de ses problèmes, leurs retentissements sur son développement, sa scolarité, les interactions familiales,
- faire le point sur les interventions éventuelles d'autres professionnels de santé et la coordination des soins.

Cette consultation contribue à l'éducation sanitaire et thérapeutique de l'enfant en impliquant autant que de besoin la famille ou le substitut familial. Elle permet l'établissement éventuel d'un projet d'accueil individualisé (PAI) dans l'objectif de maintien de la scolarisation. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

21/03/13

08/04/13

Cette majoration est cumulable, le cas échéant, avec la **FPE**, la **MNP**, la **MPE**, la **MPP** et la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

20/12/11

Après l'article 14.4 *quater* il est inséré un article 14.4 *quinquies* ainsi rédigé :

« **Article 14.4 quinquies** – Majoration pour la prise en charge des enfants de

25 mois à 6 ans par le pédiatre

Les consultations et les visites, effectuées par le pédiatre pour un enfant âgé de 25 mois à 6 ans, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée majoration pédiatre enfant (**MPE**), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, des conseils de prévention, et qu'elles donnent lieu à un compte rendu sur le carnet de santé de l'enfant.

- 08/04/13** Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 précités peut coter la MPE dès lors qu'il adhère au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée ou pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et aux patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.
- 26/12/12** Cette majoration est cumulable avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis (MPC). Elle n'est pas cumulable avec les majorations FPE, MNP, MBB et prévues aux articles 14-4, 14-4 bis et 14-4 ter. »

- 06/12/05** **Article 14.4.2.** Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste :

Les consultations ou visites effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant âgé de 0 à 24 mois inclus ouvrent droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, à une majoration, dénommée majoration nourrisson (MNO), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examens complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne s'applique qu'aux consultations et visites répondant aux conditions prévues au paragraphe précédent.

- 20/03/12** « Le 3^{ème} alinéa de l'article 14.4.2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Cette majoration est cumulable avec le forfait prévu à l'article 14.4.1 (Forfait pédiatrique du médecin généraliste) (**FPE**) pour les consultations ou visites effectuées dans les huit jours qui suivent la naissance, au cours du neuvième ou dixième mois et au cours du vingt-quatrième ou du vingt-cinquième mois, à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus et donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé, tels que mentionnés aux articles R. 2132-2 et R. 2132-3 du code de la santé publique. »

La valeur de la MNO est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

27/04/06 Article 14.4-3. : Majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin généraliste.

05/12/06 Les consultations et les visites effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant entre son deuxième et son sixième anniversaire, ouvrent droit en sus des honoraires, à une majoration dénommée majoration généraliste enfant (MGE), lorsqu'elles comportent un interrogatoire, un examen complet, un entretien de conclusions avec la conduite à tenir, les prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels et qu'elles donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration ne se cumule pas avec le forfait prévu à l'article 14-4-1 (Forfait pédiatrique du médecin généraliste) (FPE), ni avec la majoration prévue à l'article 14-4-2 (Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste) (MNO).

La valeur de la MGE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2.

06/07/07 L'Article 14.4.4. est ainsi modifié :

20/12/11 1° Le titre de l'article 14.4.4 est remplacé par « Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre. »

2° Le I - de l'article 14.4.4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I - Consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique nécessitant la présence de la famille, d'un tiers social ou d'un tiers médicosocial, pour aborder les aspects de la pathologie, du pronostic, de la stratégie thérapeutique ou des implications relationnelles.

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

- délivrer une information aux parents centrée sur la pathologie de l'enfant, les différentes alternatives thérapeutiques, les éléments de pronostic,
- permettre un dialogue autour de cette information,
- identifier avec les parents, ou leurs substituts le cas échéant, les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux,
- tenter d'obtenir une alliance thérapeutique avec la famille, évaluer la capacité de soutien de celle-ci, et permettre un dialogue autour de ces fonctions,
- expliciter le déroulement dans le temps de la prise en charge de l'enfant et/ou du groupe familial et définir le rôle éventuel des différents intervenants de l'équipe thérapeutique,
- synthétiser une note au dossier du patient,
- le cas échéant, informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée **MPF** (majoration consultation famille). »

II - Consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre pour une pathologie psychiatrique relevant d'une affection de longue durée (ALD) exonérée du ticket modérateur. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique, en présence des intervenants essentiels du groupe familial, dédiée à :

- apprécier l'évolution de la pathologie, de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et/ou du groupe familial et expliquer les adaptations thérapeutiques éventuellement nécessaires ;
- réévaluer, le cas échéant, les interactions familiales, l'apparition de facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;
- synthétiser le dossier et informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut. Cette consultation est annuelle et ne peut être facturée qu'une année après la première consultation définie ci-dessus.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée MAF (majoration *consultation* annuelle famille).

Ces deux majorations MPF et MAF, liées à ces deux consultations familiales, sont cumulables avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis.

La valeur de ces majorations est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.5. Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique est abrogé.

Article 15. Contenu de la consultation ou de la visite :

A la dernière phrase, ajouter à côté du mot « coefficient », les mots : « ou le code ».

20/12/11 Après l'article 15.2. il est inséré un article 15.2.1. ainsi rédigé :

« **Article 15.2.1** – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie

Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS :

- Antécédent personnel ou familial de mélanome
- Phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs)
- Nombre élevé de nævus, de nævus de grande taille, de nævus atypiques
- Antécédents ou mode de vie avec expositions solaires intenses

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- Recueillir les antécédents personnel et familiaux, les habitudes d'exposition solaires
- Réaliser un examen cutané du corps entier
- Réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte
- Informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non exposition solaire et d'auto surveillance cutanée
- Synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant

Cette consultation ne peut être tarifée qu'une fois par an. Elle est dénommée CDE.

20/12/11 Après l'article 15.2.1 il est inséré un article 15.2.2. ainsi rédigé :

« **Article 15.2.2** – Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour réalisée par un pédiatre.

Cette consultation permet un soutien à la parentalité, un dépistage et un suivi des pathologies du nouveau-né.

Lors de cette consultation ou de cette visite entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour, le pédiatre doit notamment :

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère,
- pratiquer un examen complet de l'enfant, orienté notamment vers le dépistage des anomalies congénitales, des déficiences et renseigner la rubrique du carnet de santé concernant l'examen clinique de l'enfant dans la période périnatale,
- porter sur le carnet de santé de l'enfant les observations médicales, les interventions, et les prescriptions éventuelles qu'il juge utile de mentionner,

Elle ne s'applique pas dans le cadre d'un enfant hospitalisé en continu pendant son 1^{er} mois.

Cette consultation ou visite effectuée par le pédiatre ouvre droit, en sus des honoraires et, le cas échéant, des frais de déplacement, aux majorations **MBB, FPE et MNP**.

20/12/11 Après l'article 15.2.2 il est inséré un article 15.2.3. ainsi rédigé :

« **Article 15.2.3**. – Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant

La visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neuro-dégénérative identifiée, particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer et de la maladie de Parkinson.

Cette visite est dénommée VL. Elle peut être tarifée une fois par an, et / ou

en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement, nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels, et, les moyens mis en place.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

- Réalise une évaluation gériatrique comprenant notamment l'évaluation de l'autonomie et des capacités restantes, l'évolution des déficiences (cognitives, sensorielles, nutritionnelles, locomotrices), l'évaluation de la situation familiale et sociale
- Assure la prévention de la iatrogénie médicamenteuse
- Repère chez les aidants naturels d'éventuels signes d'épuisement physique et/ou psychique
- Informe le patient et les aidants naturels
 - o sur les coordinations possibles avec d'autres intervenants
 - o sur les structures d'aide à la prise en charge : accueil de jour, hébergement temporaire, réseaux et associations,
 - o sur la possibilité de formation pour les aidants naturels
 - o sur la possibilité d'une protection juridique du patient
- Inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

20/12/11 Après l'article 15.2.3. il est inséré un article 15.2.4. ainsi rédigé :

« **Article 15.2.4** – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre

Cette consultation est réalisée à la demande du médecin traitant, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande. Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique. Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant. »

27/04/06 **Article 15.3.** Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise, par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation

La majoration de la consultation pour prescription d'un appareillage de première mise (MTA) s'applique pour :

la prothèse du membre supérieur (LPP titre II, chapitre VII, section I rubrique A),

la prothèse du membre inférieur (LPP titre II, chapitre VII, section II rubrique A),

- l'orthopédie du tronc (LPP titre II, chapitre VII, section III rubrique A sauf appareils TR12, TR23, TR24, TR25, TR27, TR59, TR79 du paragraphe 1),
- le fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique (LPP; titre IV, chapitre 1, rubrique B),
- le fauteuil roulant verticalisateur (LPP, titre IV, chapitre I, rubrique C).

15/03/15 A l'article 15.3. sont ajoutés les mots :

- Grand appareil de marche : OI39 et OI29 (LPP, Titre II, chapitre 7, section II),

- Orthèse de maintien ou de correction, en position horizontale ou en position verticale, en

matériau thermoformable haute température : TR47Z01 (LPP, Titre II, chapitre 7, section III)

- Orthèse de maintien, en position horizontale en mousse expansée TR29Z01 (LPP, Titre II,

chapitre 7, section III),

- Corset-siège en matériau thermoformable haute température : TR43Z01 (LPP, Titre II, chapitre 7, section III) :

25/09/13

Cette prescription d'appareillage doit comporter toutes les précisions utiles à sa bonne exécution et notamment la référence à l'un des appareils inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le **DA** mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration forfaitaire transitoire **MPC** (article 2 *bis*).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MTA peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la MPC applicable pour ces patients.

La valeur de la MTA est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2.

27/04/06

06/07/07

20/12/11

L'Article 15.4. Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est remplacé par les dispositions suivantes :

« La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE) ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est applicable pour les consultations suivantes, en coordination avec le médecin traitant.

1. Diabète inaugural ou compliqué insulino dépendant ou insulino requérant

Cette consultation concerne les patients :

diabétiques de type 1 :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1 ;
- lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires,

rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied);

diabétiques de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant :

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant ;
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;
- lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;
- lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical (histoire de la maladie, compte-rendu d'hospitalisation, faits nouveaux depuis la sortie d'hospitalisation ou depuis le dernier contact, ressenti du patient, comorbidités, examens complémentaires, carnet de surveillance...),
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'auto surveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2) Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

- thyroïdite, maladie de Basedow,
- cancer thyroïdien,
- hyperthyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications,
- pathologie hypothalamo – hypophysaire,
- pathologie du métabolisme hydrique,
- pathologie des glandes surrénales,
- pathologie des glandes parathyroïdes,
- tumeur endocrine de l'ovaire,
- tumeur endocrine du pancréas,
- affection pluri-endocrinienne.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical,
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation.

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la MPC applicable pour ces patients.

La valeur de la MCE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2. »

08/04/13

Article 15.5 Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation

Dans le cadre du parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque, la consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet, réalisée par le médecin traitant, en présence des aidants habituels, concerne les patients insuffisants cardiaques polypathologiques et polymédicamentés, ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie.

Au cours de cette consultation à réaliser avant la fin du 2^{ème} mois suivant la sortie d'hospitalisation, le médecin traitant :

- évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, des signes d'alarme et de son traitement,
- réévalue et apprécie l'efficacité ainsi que la tolérance du traitement,
- met en œuvre un plan de soins en concertation avec le cardiologue correspondant, sur la nécessité de consultations spécialisées complémentaires, sur toute action permettant d'éviter une réhospitalisation en urgence,
- veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.

Cette consultation donne lieu à la majoration MIC. Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois après un séjour hospitalier pour décompensation de la pathologie, avec une consultation à tarif opposable. Cette majoration peut être cotée dès lors que le médecin traitant n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 ou dès lors qu'il adhère au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée. Par dérogation, le médecin traitant autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens

des articles 35-1 et 35-2 précités et n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins, peut coter la **MIC** pour les bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration **MSH** définie à l'article 15.6.

La valeur de la **MIC** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

08/04/13

Article 15.6 - Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité

Lorsque le médecin traitant effectue une consultation ou une visite, après une hospitalisation avec notion de sévérité (complication, comorbidités), dans un service de court séjour ou de psychiatrie, pour une intervention chirurgicale ou pour une pathologie chronique grave, il peut coter une majoration dénommée « majoration de sortie d'hospitalisation » (**MSH**) pour la consultation effectuée dans les 30 jours suivant l'hospitalisation et réalisée dans les conditions suivantes :

Cette consultation, longue et complexe, concerne les patients polypathologiques, présentant une altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché spécifique et la coordination avec au moins un intervenant paramédical, dans les suites d'un séjour hospitalier qui a présenté :

- soit la nécessité d'un recours à une intervention chirurgicale,
- soit pendant lequel a été diagnostiquée une pathologie chronique grave ou la décompensation d'une pathologie chronique grave préexistante.

Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation :

- il évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte familial et social,
- il évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme,
- il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement,
- il veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place,
- il renseigne le dossier médical du patient.

La majoration **MSH** ne peut être facturée qu'une seule fois après un séjour hospitalier. Elle ne peut être tarifée qu'avec une consultation réalisée à tarif opposable.

Elle est facturable par le psychiatre correspondant, conformément à l'article

27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

La majoration **MSH** peut être cotée dès lors que le médecin traitant n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 ou dès lors qu'il adhère au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée. Par dérogation, le médecin traitant autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 précités et n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins, peut coter la **MSH** pour les bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.

La majoration **MSH** ne se cumule pas avec la **MIC** décrite à l'article 15.5

La valeur de la **MSH** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

08/04/13

Article 15.7 Majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie congénitale grave

Lorsque le pédiatre effectue, auprès d'un enfant né grand prématuré (né avant 32 semaines et 6 jours d'aménorrhée) ou atteint d'une maladie congénitale grave, une consultation ou une visite conforme aux critères énoncés ci-dessous, il peut coter une majoration de suivi de grand prématuré par le pédiatre (**MPP**).

Au cours de cette consultation, le pédiatre :

- réalise un examen somatique, moteur et sensoriel de l'enfant,
- apprécie son développement staturo-pondéral et neuro-psychologique,
- conseille les parents et leur fournit une information claire sur l'évolution de leur enfant et les éventuelles thérapeutiques en cours et à venir,
- si nécessaire, il se met en relation avec les autres intervenants.

Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 ou dès lors qu'il adhère au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 35-1 et 35-2 précités et n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins, peut coter la **MPP** pour les bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé

dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.

Cette majoration s'applique sur la consultation à tarif opposable. Elle est cumulable le cas échéant avec les majorations FPE, MNP, MPE, MBB.

La valeur de la **MPP** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

06/12/05 L'article 18. Consultation faisant intervenir deux médecins est remplacé par :

A. - Consultation entre deux médecins généralistes

Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux praticiens :

- pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C 1,5
- pour le second médecin : V 1,5

B. Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

17/01/11 Principes

02/10/12

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant¹ ou, par dérogation pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

08/04/13 Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec

¹ Le médecin traitant (tel que défini dans la convention approuvée par arrêté le 22 septembre 2011) est le médecin déclaré comme tel par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie. Pour un patient de moins de 16 ans, ou titulaire de l'AME, le médecin traitant sera celui qui demande l'avis du consultant.

ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

25/09/13
17/12/13

- de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue ;
- de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- de l'électrocardiogramme ;
- des actes de biopsies suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - JHHA001 : Biopsie du pénis
 - JMHA001 : Biopsie de la vulve

dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur ;

- du prélèvement cervicovaginal (JKHD001) : dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les 3 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

25/09/13

Le médecin traitant ou le chirurgien dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Dérogations

- a) Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant, autres que ceux autorisés, comme le précisent les principes ci-dessus. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré

anesthésique.

- b) Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée C2 et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

- c) Le psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, la première consultation sera cotée C2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

Champ et honoraires

a) Médecins spécialistes

L'avis ponctuel de consultant est accessible aux spécialistes suivants : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

b) Honoraires

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions rappelées au paragraphe ci-dessus intitulé « Principe » :

- C2 : consultation au cabinet du médecin spécialiste
- V2 : visite au domicile du malade
- C2,5 : consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue
- V2,5 : visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue

Cas particuliers

C2 des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter une C2, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous

condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

C2 des anesthésistes

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le Titre 2 de la convention médicale, la consultation pré-anesthésique définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant C3. »

Article 19. Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

- Au deuxième et troisième paragraphes, inscrire : « K10 pour les actes dont le tarif est compris entre 104,50 € et 167, 20€ » et « K15 pour les actes dont le tarif est supérieur à 167,20 € ».

Article 20. Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés

- les deux premiers alinéas sont ainsi modifiés :

« Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K de la Nomenclature générale des actes professionnels ou avec ceux des actes de la Classification commune des actes médicaux, à l'exception des actes d'imagerie.

D'autre part, sont compris dans l'honoraire de surveillance les injections sous-cutanées, intradermiques, intraveineuses, intramusculaires ou autres actes figurant au Titre XVI de la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la Classification commune des actes médicaux ».

- au paragraphe b) clinique chirurgicale

au 1°, la mention « Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15 », est complétée par « ou d'un tarif égal ou supérieur à 31,35

euros »,
au 2°, la mention « Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15 » est complétée par « ou d'un tarif inférieur à 31,35 euros ».

23/08/07

Remplacer les mots « 20 jours » par les mots « 15 jours » et les mots « 20^e jour » par « 15^e jour ».

23/08/07

- et au paragraphe c) clinique obstétricale, remplacer les mots « 20 jours » par les mots « 15 jours » et les mots « 20^e jour » par « 15^e jour ».

Article 22. Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation

- Les dispositions des paragraphes 1.,2.,3.,4.,5.,7.,8.,9.,10.,11.,12. sont abrogées.
- La mention « 6. » est supprimée.
- Remplacer « un acte en K » par « un acte de la Classification commune des actes médicaux » et remplacer « le forfait d'anesthésie » par « l'acte d'anesthésie ».

L'article 23 – Dispositions particulières aux actes de chirurgie, l'article 24 – Dispositions particulières relatives au forfait d'accouchement, lorsque celui-ci est réalisé par le médecin, l'article 25 – Forfait pour macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire et l'article 26 – Majoration transitoire pour certaines spécialités, sont abrogés.

B) A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

23/08/07

Le Titre Ier. Actes de traitement des lésions traumatiques est abrogé à l'exception au Chapitre III. – (Plaies récentes ou anciennes), de l'acte suivant :

Nettoyage ou pansement d'une brûlure :

- surface au-dessous de 10 cm² : K 9
- surface inférieure à 10 % de la surface du corps : K 16

Ces chiffres sont à majorer de 50 % s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains.

Le Titre II. Actes portant sur les tissus en général est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

08/10/08

- Au chapitre I – Peau et tissu cellulaire sous-cutané :
 - Prélèvements aseptiques à différents niveaux des muqueuses ou de la peau, quel qu'en soit le nombre pour examen cytologique, bactériologique, parasitologique, mycologique ou virologique à l'exception de biopsies 3
 - Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique
 - Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique
 - Si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains
 - Ponction d'abcès ou de ganglion
- Au chapitre III – Os
- Ponction biopsique osseuse

- Au chapitre IV – Articulations
Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :
 - toutes articulations sauf la hanche
 - hanche
- Au chapitre V – Vaisseaux, Section II. – Artères et veines

Article premier. Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine

Ponction d'un tronc veineux de la tête et du cou
Ponction artérielle percutanée

Article 3. Cancérologie

Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique (à l'exception des perfusions par pompes portables ou implantables).

Chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'entente préalable et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps.

Séance de perfusion de substances antimétaboliques, quels que soient le ou les produits utilisés :

- perfusion courte (« bolus »), par séance d'une durée inférieure à six heures
- perfusion semi-continue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures
- perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt-quatre heures, par séance de vingt-quatre heures

Surveillance intensive dans un établissement à compétence carcinologique, pratiquant la chimiothérapie ambulatoire et/ou la radiothérapie de haute énergie, d'un malade atteint d'une affection maligne et présentant :

- soit un accident aigu (du type aplasie médullaire, choc consécutif à un traitement chimiothérapique et/ou radiothérapique, compression médiastinale, syndrome abdominal aigu iatrogène, dysphagie majeure, etc.), par séance de vingt-quatre heures pour une période limitée à sept jours, renouvelable sur entente préalable
- soit un état précaire prolongé nécessitant des soins constants (antalgiques majeurs, équilibrage du métabolisme, prévention de complications graves, traitement d'une détérioration sévère de l'état nutritionnel), par séance de vingt-quatre heures, pour une période d'un mois, renouvelable sur entente préalable

- Au chapitre VI. – Nerfs
1°. Infiltrations percutanées :

Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.)

Titre III. Actes portant sur la tête

- Le chapitre Ier – Crâne et encéphale est abrogé, à l'exception des dispositions suivantes, pour les médecins relevant de l'article III-1 du Livre III :
Article premier – Investigations neurologiques centrales et périphériques :
Ponction lombaire ou sous occipitale avec ou sans injection médicamenteuse
avec ou sans épreuve au manomètre de Queeckenstaett Stockey
- Le chapitre II – Orbita – Œil
Les articles 1 à 11 sont abrogés,
L'article 12 devient l'article premier.
- Le chapitre III – Oreille est abrogé
- Le chapitre IV – Face est abrogé à l'exception des actes suivants :
Article 2 – Sinus
Ponction isolée du sinus maxillaire
Article 3 : Traitement de diverses lésions de la face
Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision ou drainage filiforme) 10
- Le chapitre V – Bouche – Pharynx (parties molles) est abrogé, à l'exception des actes suivants :
Article 2 – Langue
Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié 10
Article 5 – Glandes salivaires
Injection de substance de contraste dans les glandes salivaires (cliché non compris)
Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :
ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple 10
Article 6 – Traitement de tumeurs diverses
Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :
 - d'une lésion intrabuccale de l'oro-pharynx
 - d'une lésion intrabuccale de l'hypo-pharynx ou du cavumExérèse d'une tumeur bénigne de la bouche 15
Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne
- Le chapitre VII – Dents, Gencives, Section II – Soins chirurgicaux, l'article 3. Chirurgie préprothétique est abrogé.

05/12/06

- Au Chapitre VII - Dents, Gencives

A la Section I.- Soins conservateurs, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

A l'article premier – Obturations dentaires définitives, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

1° Cavité simple, traitement global (l'obturation de plusieurs cavités simples sur la même face ne peut être comptée que pour une seule obturation composée intéressant deux faces) 7 8

2° Cavité composée, traitement global intéressant deux faces 12 14

3° Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus. 17 20

4° Soins de la pulpe et des canaux (ces soins ne peuvent être remboursés que si l'obturation a été effectuée à l'aide d'une pâte radio-opaque).

Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) :

- groupe incisivo-canin 14 16

- groupe prémolaires 20 24

- groupe molaires. 34 36

(1) 2ème cotation : dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

Pour les actes mentionnés au 4° ci-dessus, les clichés radiographiques, pré-opératoires et post-opératoires, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient.

A l'article 2. – Hygiène buccodentaire et soins des parodontopathies est modifié le coefficient de l'acte suivant :

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, par dent 9

La prise en charge de l'acte ci-dessus par l'assurance maladie est limitée aux 1^{re} et 2^e molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent. Cet acte doit être réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.

A la Section II.- Soins Chirurgicaux, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

A l'article premier. – Extractions, sont modifiés les coefficients des actes suivants :

Extraction :

- d'une dent permanente. 16

- de chacune des suivantes au cours de la même séance 8

A l'article 2. - Traitement des lésions osseuses et gingivales est modifié le coefficient de l'acte suivant :

Curetage péri-apical avec ou sans résection apicale (radiographie obligatoire, traitement et obturation du canal non compris) 24

- Au chapitre VIII – Prothèse restauratrice maxillo-faciale, l'acte suivant est abrogé :

Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire du maxillaire ou de la mandibule (résection chirurgicale ou greffe) K

Titre IV. Actes portant sur le cou

- Le chapitre Ier – Tissu cellulaire, muscles, le chapitre III – Corps thyroïde, le chapitre IV – Trachée – Œsophage sont abrogés.
- Au chapitre II – Larynx, -l'article 1er. – Actes de diagnostic et chirurgicaux est abrogé.

Le Titre V. Actes portant sur le rachis ou la moelle épinière est abrogé.

Le Titre VI. Actes portant sur le membre supérieur est abrogé.

Le Titre VII. Actes portant sur le thorax est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre III – Plèvre – Poumons, Article 3 – Actes de chirurgie Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique)

Le Titre VIII. Actes portant sur l'abdomen est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre II – Paroi abdominale, Grande cavité péritonéale Ponction de l'abdomen
- Au chapitre III – Estomac et intestin
Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux
Lavage d'estomac

Le Titre IX. Appareil urinaire est abrogé.

Le Titre X. Actes portant sur l'appareil génital masculin est abrogé.

Le Titre XI. Actes portant sur l'appareil génital féminin est abrogé à l'exception :

- Au chapitre I – En dehors de la gestation –
Article premier – Intervention par voie basse.
1° Gynécologie médicale
Prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre
- Au chapitre II : Actes liés à la gestation et à l'accouchement

05/02/08 Section 1 – Actes réalisés par les médecins.

1° Séances de préparation psychoprophylactique obstétricale :

Cette préparation est réalisée en complément de la surveillance médicale de la grossesse et a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés par une approche de santé publique et préventive. Elle a pour objectif :

- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents.

Cette préparation comporte huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes.

La première séance est individuelle. Elle peut être réalisée dès le premier trimestre de la grossesse. L'entretien individuel permet au professionnel de resituer son intervention dans le dispositif général de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir.

- Première séance : 2,5 C

Les séances suivantes peuvent être collectives. Elles doivent comporter un travail corporel qui est évalué individuellement.

- Séances suivantes dispensées jusqu'à trois personnes simultanément (par patiente) :
2 C
- Séances suivantes dispensées à plus de trois personnes simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente) : 0,9 C

28/09/11

2° Accouchements et actes complémentaires

Dans les unités d'obstétrique mentionnées au 2° de l'article D.6124-44 du code de la santé publique :

- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés au dixième et onzième alinéa du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales ;
- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés aux cinquième, septième, huitième et douzième alinéas du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celle des lettres-clés prévues à l'article 2 des dispositions générales.

Les majorations mentionnées ci-dessus se cumulent avec les modificateurs urgence : U, P, S et F prévus au chapitre 19 de la Classification commune des actes médicaux.

Sont considérés comme actes de nuit les actes liés à l'accouchement effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu aux majorations ci-dessus que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

3° Actes de néonatalogie en unité d'obstétrique

Examen pédiatrique du premier jour de la naissance : contrôle de l'adaptation du nouveau-né, dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques...).

Cet examen peut se cumuler avec l'examen médical obligatoire prévu dans les huit jours qui suivent la naissance (décret n° 73 - 267 du 02/03/1973).

L'examen pédiatrique du premier jour de la naissance et celui prévu dans les huit jours qui suivent la naissance peuvent se cumuler avec la cotation d'un ou plusieurs examen(s) pédiatrique(s) imposé(s) par un état pathologique postnatal : C ou CS.

Le Titre XII. Actes portant sur le membre inférieur est abrogé

Le Titre XIII. Diagnostic et traitement de troubles mentaux est abrogé à l'exception des dispositions suivantes :

- Au chapitre II. – Actes de thérapeutique

Délivrance à domicile d'un certificat d'internement

Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental,
par jour

CNPSY 0,8

Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours.

Psychothérapie de groupe (entente préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de ¾ d'heure :

- moins de 4 ou 5 malades, par malade
- de 6 ou 8 malades, par malade
- de 8 ou 9 malades, par malade

1

Au Titre XIV. Actes de rééducation et réadaptation fonctionnelles, au chapitre II – Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles :

- A l'article 8 – Rééducation des conséquences des affections périnéo-sphinctériennes, l'acte suivant : Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électro-stimulation et/ou bio-feedback est abrogé.
- L'article 12 – Manipulations vertébrales est abrogé

Au Titre XV – Actes divers :

25/09/13

- Le chapitre Ier – Actes d'urgence, le chapitre II. – Réanimation continue, le chapitre III – Hyperbarie thérapeutique sont abrogés.
- Au chapitre IV – Cures thermales, à l'article 2 – Honoraires de surveillance médicale, sont ajoutées les dispositions suivantes :

« Ce forfait comporte la réalisation d'au moins trois consultations pour la surveillance thermale et la rédaction, à l'issue de la cure, d'un document destiné au médecin prescripteur. Ce document retraçant l'évolution de la cure est tenu à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

Cette fiche de liaison du médecin thermal au médecin prescripteur de la cure comporte les principaux éléments suivants :

- identification du médecin thermal, de l'établissement thermal, du médecin prescripteur et du curiste ;
 - dénomination du traitement thermal : 1ère et 2e orientations thérapeutiques ;
 - déroulement de la cure : pratiques médicales complémentaires, éventuels problèmes survenus durant la cure, traitements non thermaux prescrits ;
 - conclusion de fin de cure : proposition diagnostique et thérapeutique. »
- Au chapitre V – Actes utilisant les agents physiques, les articles 1 : Actes de diagnostic, 1° Echographies non obstétricales, 3° Autres examens échographiques, 4° Examens vélocimétriques et l'article 3, Imagerie par résonance magnétique nucléaire sont abrogés.

Au Titre XVI. Soins infirmiers :

- Au chapitre Ier – Soins de pratique courante les actes suivants sont abrogés :

Article 1^{er}.

- Saignée
- Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe,
y compris la surveillance, par séance
- Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie,
y compris le pansement et la surveillance, par séance

Article 6

- Cathétérisme urétral chez la femme
- Cathétérisme urétral chez l'homme
- Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme
- Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme
- Education à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances
- Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage

- éventuel
- Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)

C) A la troisième partie : Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes

Le Titre Ier. Actes de radiodiagnostic est abrogé, à l'exception des dispositions suivantes pour les médecins stomatologistes :

- chapitre I – Dispositions générales
- Au chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette, Article 3 – Tête
- Au chapitre IV – Examens divers, Autres examens :
Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux quelles que soient les méthodes
- Au chapitre V – Examens utilisant des appareillages spéciaux, Article premier, Radiographie en coupe :
Tomographie, premier plan en coupe
Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre
Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans

Le Titre II. Actes de radiothérapie est abrogé.

Le Titre III. Actes utilisant des radioéléments en source non scellés est abrogé.

D) La quatrième partie : Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle est abrogée.

**06/12/05
18/01/10**

E) A la Cinquième partie : Nomenclature des actes d'anatomie et de cytopathologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale

**18/01/10
06/07/07**

Supprimer la lettre clé P

A la suite de l'acte 0008, inscrire un acte :

0021 : Majoration provisoire

P 50

0022 : Majoration provisoire

P 100

Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 « Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales malignes ».

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration 0021.

Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 : Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire

complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales.

09/07/09

Après le libellé de l'acte n°0018 et le premier paragraphe qui le suit, supprimer les deux paragraphes suivants commençant par « Les examens N° 00187 et 0018 ... » et se terminant par « 4. Conclusions. » et inscrire le texte ci-dessous :

0023 Examen immunocytochimique de l'étalement d'un produit de ponction d'un organe ou d'un produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage (quel que soit le nombre d'anticorps employés)P 200

Cet examen ne peut être facturé qu'avec les examens 0014 et 0015.

Les examens n° 0017, 0018 et 0023 doivent faire l'objet d'un compte rendu spécifique intégré ou non dans le compte rendu de l'examen histologique standard.

Le compte rendu d'immunohistochimie ou d'immunocytochimie doit comporter quatre rubriques clairement individualisées :

1. Précisions quant à la technique utilisée
2. Nom des anticorps utilisés
3. Résultats de l'examen
4. Conclusions

0024 Test de détection du génome (ADN) des papillomavirus humains oncogènes

Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques Anaes 2002 (frottis ASC-US)

Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire

Environnement spécifique : à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale

.....P 135

0025 Examen anatomopathologique par hybridation in situ

Indication : selon les recommandations de bonne pratique

- détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2 +,

- détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant,

- détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu

Formation : spécifique

Environnement

:

spécifique

.....P 500

27/04/06

II. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour les médecins.

04/07/06

Au titre XIV : Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle

13/12/07 Introduction, remplacer le deuxième alinéa : « Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la procédure de l'entente préalable » par : « Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la formalité de l'entente préalable lorsqu'un patient en nécessite plus de trente séances sur une période de douze mois. Cette obligation est applicable pour toute prescription de plus de trente séances, ou lorsque cette prescription porte le nombre cumulé des séances réalisées au cours des douze mois précédents, quels qu'en soient le motif médical et la nature des actes, au-delà de trente.»

16/03/10

Dans l'introduction, est ajouté à la suite du premier alinéa. :

«Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du Chapitre V du présent Titre, la Haute autorité de santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'Assurance maladie.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre réalisés pour des situations de rééducation figurant au Chapitre V du présent titre sont soumis à la formalité de l'accord préalable selon deux modalités :

- a) pour les rééducations figurant au a) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débiter la rééducation. A celle-ci est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes et motivant le caractère exceptionnel de ce traitement.
- b) pour les rééducations figurant au b) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes lorsqu'à titre exceptionnel une prolongation du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. A celle-ci est jointe une prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes. Cet argumentaire apporte des précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement. Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la demande d'accord préalable est faite dans les mêmes conditions. »

Dans l'introduction, le deuxième alinéa est ainsi modifié :

09/02/12

- est ajouté au début de l'alinéa : « Dans les situations de rééducation non inscrites au chapitre V du présent titre,... » .
- est ajouté à la fin de l'alinéa : « Les séances réalisées dans le cadre d'une rééducation prévue au chapitre V du présent titre ne

sont pas comptées dans les 30 séances. »

Dans l'introduction, le 6^{ème} alinéa est abrogé.

27/04/06

Au chapitre II

L'article 4. - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires est modifié comme suit :

Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires

- atteintes localisées à un membre ou à la face
- atteintes intéressant plusieurs membres

Rééducation de l'hémiplégie

Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie

Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie

- localisation des déficiences à un membre et sa racine
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face

Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.

Rééducation des malades atteints de myopathie

Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile

27/04/06

L'article 8. - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes est modifié comme suit :

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback

8

16/03/10

Après le chapitre IV, est créé un nouveau chapitre : « Chapitre V : Rééducations soumises à référentiel »

- a) Situations médicales ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation ; dans ce cas un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement :

- Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien

- b) Situations médicales nécessitant à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des

séances au-delà du traitement habituel défini :

	Rééducation	Traitement habituel	Nécessité d'un accord préalable
	après entorse externe récente de cheville-pied	de 1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance
	après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire	de 1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
	après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	de 1 à 40 séances	à partir de la 41ème séance
	après arthroplastie de hanche par prothèse totale	de 1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance
02/11/11	après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	de 1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance
02/11/11	après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	de 1 à 50 séances	à partir de la 51ème séance
	<i>Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).</i>		
02/11/11	dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
31/05/13	dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12

		mois précédents
31/05/13	après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	de 1 à 25 séances à partir de la 26ème séance
26/11/13	après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	de 1 à 30 séances pour une série d'actes à partir de la 31ème séance
26/11/13	après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	de 1 à 30 séances à partir de la 31ème séance
26/11/13	dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	de 1 à 10 séances à partir de la 11ème séance
26/11/13	dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	de 1 à 25 séances à partir de la 26ème séance

03/04/07 **IIbis. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les masseurs-kinésithérapeutes**

Au Titre XIV, au chapitre II, l'article 1^{er} - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques (actes affectés de la lettre clé AMS) – est modifié comme suit :

Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre)
AMS 7,5

Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres
AMS 9,5

Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie d'un membre,

y compris l'adaptation à l'appareillage :

- amputation de tout ou partie d'un membre

AMS 7,5

- amputation de tout ou partie de plusieurs membres

AMS 9,5

Les cotations afférentes aux 4 actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.

Rééducation du rachis et/ou des ceintures, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même quand la

pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur) AMS 7,5

Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis AMS 7,5

31/03/15 Au Titre XIV, chapitre II, l'article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires, juste avant « Supplément pour bandage multicouche), ajouter le libellé suivant :

Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
<p>Rééducation pour un lymphoedème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphoedème</p> <p><u>Indications</u> : phase intensive du traitement du lymphoedème sous réserve de l'existence des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre contro latéral, - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein, - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages). - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule <p><u>Non indications</u> : la phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs</p> <p><u>Contre-indications</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées - l'insuffisance cardiaque décompensée - les tumeurs malignes non traitées - l'hyperalgie de l'épaule - la présence d'une chambre implantable du coté opéré en sous claviculaire - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter <p>La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK.</p> <p><i>Source: rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein –décembre 2012</i></p> <p>La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.</p>	15,5	AMK ou AMC

12/05/16 Au Titre XV, au chapitre V, l'article 2 – Electrothérapie devient l'article 1^{er} – Electrothérapie.

23/06/06 **III. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les chirurgiens-dentistes.**

15/10/13 Au Titre III, ch VII, abrogé

13/12/07 Article 2, abrogé

15/10/13

14/11/06 **IV. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les orthophonistes.**

16/07/14 **Au titre IV « Actes portant sur le cou », chapitre II « Larynx » - l'article 2 est remplacé par les dispositions suivantes :**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.</p> <p>Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :</p> <p>1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire :</p> <p>À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable;</p> <p>2. Bilan orthophonique d'investigation :</p> <p>À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.</p> <p>À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur. Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande.</p>			

Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles			
1) Bilan avec compte rendu écrit obligatoire			
Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-faciales	16	AMO	
Bilan de la phonation	24	AMO	
Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	24	AMO	
Bilan de la communication et du langage écrit	24	AMO	
Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique	24	AMO	
Bilan des troubles d'origine neurologique	30	AMO	
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	30	AMO	
Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, paralysies cérébrales, troubles envahissants du développement, maladies génétiques)	30	AMO	
En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %.			
2) Rééducation individuelle (accord préalable) Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum. Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.			
Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	5,1	AMO	AP
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance	8	AMO	AP
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance	8	AMO	AP
Rééducation de la déglutition atypique, par séance	8	AMO	AP
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	8	AMO	AP
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	11,4	AMO	AP
Rééducation des dyskinésies laryngées, par séance	11,3	AMO	AP

Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance	11	AMO	AP
Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	11	AMO	AP
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance	10,3	AMO	AP
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	11,2	AMO	AP
Éducation à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme, par séance	11,1	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit, par séance	10,1	AMO	AP
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	10,2	AMO	AP
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture, par séance	10	AMO	AP
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance	12,1	AMO	AP
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence, par séance	12 ,2	AMO	AP
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO	AP
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Éducation précoce à la communication et au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	13,6	AMO	AP
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	13,5	AMO	AP
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans le cadre des paralysies cérébrales, par séance	13,8	AMO	AP
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans le cadre des troubles envahissants du développement, par séance	13,8	AMO	AP

Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance	13,8	AMO	AP
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes	14	AMO	AP
Rééducation de la communication et du langage dans les aphasies, par séance	15,6	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	15,2	AMO	AP
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance	15	AMO	AP
Démütisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,4	AMO	AP
Rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,1	AMO	AP
3) Rééducation nécessitant des techniques de groupe (accord préalable)			
Cette rééducation doit être dispensée à raison d'au moins un praticien pour quatre personnes. Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.			
<p>Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum :</p> <p>Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Rééducation des troubles de la voix d'origine	5	AMO	AP

organique ou fonctionnelle, par séance			
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence, par séance	5	AMO	AP
Éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des dysphasies, par séance	5	AMO	AP
Rééducation de la communication et du langage dans les aphasies, par séance	5	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	5	AMO	AP
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance	5	AMO	AP
Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5	AMO	AP
Rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5	AMO	AP

03/04/07 **V.L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins et les chirurgiens-dentistes.**

15/10/13 A la première partie : « Dispositions Générales » :
a) A l'article 2-1 : Les lettres clés KC, SCM, PRO, SC, SPR, D et DC sont abrogées
b) A l'article 7, au D, la mention « sur la réalisation d'appareils de prothèses dentaires ou » est supprimée
c) A l'article 11, au B, au paragraphe 4 « Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas : », le b) est supprimé
d) A l'article 12, au A, les mots « (exemple : KC 50X1/3) » sont supprimés.

A la deuxième partie Au Titre I: « Actes de traitement des lésions traumatiques »

Au Chapitre III. « Plaies récentes ou anciennes »

15/10/13 Les actes suivants sont supprimés :
- Régularisation, épiluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles (DC 5)
- Extraction de corps étrangers profonds des parties molles (DC20)

15/10/13 A la deuxième partie, au titre III « Actes portant sur la tête »,
- Au Chapitre IV, l'article 3 : « Traitement de diverses lésions de la face » est supprimé
- Au chapitre V – « Bouche – Pharynx (parties molles) », les articles 2, 5 sont abrogés

15/10/13 Au chapitre VI : « Maxillaires », les articles 1, 2, 3 et 4 sont abrogés.

17/12/13 Au chapitre VI « Maxillaires », l'article 5 « Orthopédie dento-faciale » est remplacé par :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
La responsabilité de l'Assurance Maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire. Le traitement doit concerner les dysmorphoses corrigibles et doit être commencé au plus tard six			

<p>mois après la date de l'accord sous peine de la caducité de celui-ci.</p> <p>L'accord préalable est nécessaire pour tout nouveau traitement et est valable pour un an.</p> <p>L'accord préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins, ou en cas de changement de praticien, ou encore en cas de modification du plan de traitement.</p> <p>Le contrôle dentaire peut demander la communication des examens complémentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement.</p>			
1° Examens			
Examens avec prise d'empreinte, diagnostic et durée probable du traitement (les examens spéciaux concourant à l'établissement de ce diagnostic, et notamment radiographie dentaire, radiographie et téléradiographie de la tête sont remboursés en sus)	15	TO ou ORT	
- avec analyse céphalométrique, en supplément	5	TO ou ORT	
2° Traitements (accord préalable)			
<p>Rééducation de la déglutition et/ou de l'articulation de la parole : voir titre IV, chapitre II, article 2.</p> <p>Lorsque la rééducation et le traitement sont effectués par le même praticien, la cotation de la rééducation ne peut en aucun cas, s'ajouter à la cotation globale prévue pour le traitement d'orthopédie dento-faciale.</p>			
Traitement des dysmorphoses :			
- par période de six mois	90	TO ou ORT	AP
- avec un plafond de	540	TO ou ORT	AP
Lorsqu'une phase de traitement est effectuée en denture lactéale ou mixte, elle est limitée à trois semestres. Exceptionnellement, un quatrième semestre peut être accordé après examen conjoint du patient avec le praticien-conseil.			

En cas d'interruption provisoire du traitement : séance de surveillance (au maximum 2 séances par semestre)	5	TO ORT	ou	AP
Contention après traitement orthodontique :				
Un avis technique favorable pour la contention ne peut être donné que si le traitement a donné des résultats positifs et dans la mesure où il se justifie techniquement :				
- première année	75	TO ORT	ou	AP
- deuxième année	50	TO ORT	ou	AP
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	180	TO ORT	ou	AP
Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :				
- forfait annuel, par année	200	TO ORT	ou	AP
- en période d'attente	60	TO ORT	ou	AP
Traitement d'orthopédie dento-faciale au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires, pour une période de six mois non renouvelable	90	TO ORT	ou	AP
La demande d'accord préalable doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale, motivant l'exécution du traitement				

23/11/09

15/10/13

- Le chapitre VII : Dents, gencives est abrogé :
- Le chapitre VIII : « Prothèses restauratrices maxillo-faciales » est abrogé.
- Les directives nationales d'assimilations dentaires sont abrogées.

A la troisième partie : nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes, au titre I – actes de radiodiagnostic :

12/05/16 La phrase suivante : « Conformément à la décision UNCAM du 11/03/05 les actes du titre I ne peuvent être facturés que par les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes » est remplacée par les dispositions suivantes : « Les actes du titre I ne peuvent être facturés que par les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale ».

12/05/16 a) Au chapitre Ier – Dispositions générales, à l'article 1^{er} – Conditions générales de prise en charge, les termes « le médecin » sont remplacés par les termes « le praticien ».

13/09/12 L'article 3 – Actes effectués en dehors de l'unité d'imagerie est supprimé.
20/03/12 En conséquence, l'article 4 – Circonstances particulières devient l'article 3 –
12/05/16 Circonstances particulières.

b) Au chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette – à l'Article 3 – Tête, les notes suivantes sont ajoutées aux actes concernés suivants :

Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique).....16 Z
Facturation : Ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare

Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique) :
Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.

Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence.....15 Z
Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.

Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus.....20 Z
Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.

15/10/13 Au Chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette, A l'article 3 – Tête, «Les Examens intrabuccaux » sont abrogés.

c) Au chapitre IV – Examen divers, la note suivante est ajoutée à l'acte concerné suivant :

Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes.....15 Z

Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire

05/02/08 **VI. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes :**

A. – A la première partie : Dispositions générales

A l'article 2 : Lettres clés et coefficients, introduire les lettres clés suivantes :

- CG : examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme
- SP : séance de suivi postnatal réalisé par la sage-femme

14/02/13 La lettre-clé « CG : examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme », est supprimée.

17/06/15 La lettre-clé « KE – Acte d'échographie, d'échotomographie ou de Doppler pratiqués par la sage-femme », est supprimée.

Remplacer la lettre-clé SF par : « SF – Actes pratiqués par la sage-femme ».

A l'article 11 - Actes multiples au cours de la même séance :
Introduire la lettre clé SP au paragraphe B.

02/10/12
18/04/14
17/06/15 Le paragraphe A - Actes effectués dans la même séance qu'une consultation est remplacé par :

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exception :

- la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement

de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade »

05/02/08

A l'article 14 – Actes effectués la nuit ou le dimanche
Introduire les lettres clés CG et SP

B. – A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

02/10/12

14/02/13

18/04/14

17/06/15

Au Titre XI « Actes portant sur l'appareil génital féminin », au chapitre I « En dehors de la gestation », l'article 2 « Suivi gynécologique réalisé par la sage-femme » est ainsi modifié :

Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale.....22,4 SF

05/02/08

02/10/12

14/02/13

18/04/14

17/06/15

12/05/16

Au chapitre II « Actes liés à la gestation et l'accouchement », la section 2 « Actes réalisés par les sages-femmes » est remplacée par :

Dans le cadre du suivi post-natal une consultation de l'enfant peut être facturée par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie. Cette consultation s'intègre dans la prise en charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 du Code de la santé publique.

Le 1° « Accompagnement médical de la grossesse réalisé par la sage-femme », est supprimé (décision UNCAM du 14 février 2013).

2° Notations propres à la sage-femme :

Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive : 9 SF

Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24^{ème} semaines d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin :

- grossesse unique : 15 SF
- grossesse multiple : 22 SF

Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, à partir de la 24^{ème} semaines d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin :

- grossesse unique : 12 SF
- grossesse multiple : 19 SF

Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois

(sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et éventuellement une amnioscopie :

- grossesse unique : 12 SF
- grossesse multiple : 19 SF

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque foetal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

3° Préparation à la naissance et à la parentalité

Il s'agit d'un accompagnement de la femme ou du couple, en complément de la surveillance médicale de la grossesse, destiné à favoriser leur participation active dans le projet de naissance par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale. Cet accompagnement a pour objectif:

- de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux nés par une approche éducative et préventive ;
- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers les professionnels compétents des champs sanitaires et sociaux.

Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

- Première séance

Il s'agit d'un entretien individuel ou en couple adapté à chaque femme ou couple. Il doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse. L'entretien peut se dérouler dès le 1er trimestre de la grossesse et fait l'objet de la rédaction d'une synthèse.

Cette séance doit permettre :

- d'identifier les besoins d'information ;
- de définir les compétences parentales à développer ;
- de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance ;
- de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ;
- de donner de l'information sur l'offre de soins de proximité et

- sur son organisation ;
- d'orienter le cas échéant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- de planifier les séances prénatales (individuelles ou en groupe).

- Séances suivantes

Il s'agit de séances de mise en œuvre du programme de préparation à la naissance et à la parentalité.

Les contenus essentiels à aborder durant les séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés aux besoins et attentes de la femme ou du couple.

La préparation à la naissance comprend huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes chacune. Le travail corporel sera évalué individuellement.

A partir de la deuxième séance, les séances individuelles sont réservées aux situations de vulnérabilité.

- Première séance pour la patiente ou le couple : SF15.
- A partir de la deuxième séance :
 - séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple : SF12
 - séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple : SF11,6
 - séances suivantes dispensées à 4 femmes ou couples et plus simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes ou couples, la séance par patiente ou couple : SF6

La valeur du SF est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

4° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J1 à J7 (J0 étant le jour de l'accouchement).

Pour un enfant :

- pour les deux premiers forfaits : 16,5 SF
- pour les autres forfaits : 12 SF

Pour deux enfants ou plus :

- pour les deux premiers forfaits : 23 SF
- pour les autres forfaits : 17 SF

La consultation ou la visite ne sont pas cumulables avec un acte inscrit à la nomenclature.

5° Séances de suivi postnatal

Il s'agit de séance individuelle, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.

En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances postnatales ont pour objectifs :

- de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
- de favoriser les liens d'attachement mère enfant ;
- de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- de rechercher des signes de dépression du post-partum ;
- d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité.

Deux séances individuelles sont prises en charge du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal.

La séance de suivi postnatal est facturée SP. Sa valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Le Titre XIV – actes de rééducation et de réadaptations fonctionnelles est modifié comme suit :

1° Dans l'introduction, aux huitième et neuvième alinéas, après les mots : « le masseur-kinésithérapeute » sont insérés les mots : « , ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, » ;

2° Au chapitre II « Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles », à l'article 8 « Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes », pour les sages-femmes, l'acte de « Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback » est soumis à la formalité de l'entente préalable selon les dispositions prévues au sixième alinéa de l'introduction du titre XIV.

17/06/15

Au Titre XV « Actes divers », Chapitre V « Actes utilisant les agents physiques », l'article premier « Actes de diagnostic » est supprimé.

04/03/08

VII - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des actes médicaux des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens est modifié comme suit pour les pédicures-podologues.

A) A la première partie : Dispositions générales

A l'article 2 - Lettres clé et coefficients, au 1° Lettre clé, introduire la lettre

POD : acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

B) A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Au Titre XII- Actes portant sur le membre inférieur, Chapitre II - Pied

L'article 4 « Actes de prévention de pédicurie-podologie » est remplacé par les dispositions suivantes :

21/03/13

« Un patient diabétique présentant des pieds à risque de grade 2 ou 3 peut bénéficier de la prise en charge d'un forfait de prévention par période d'un an, sous réserve qu'il ait fait l'objet d'une prescription écrite d'un médecin qui peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription.
Celle-ci s'impose alors au pédicure-podologue.

Deux types de forfaits sont pris en charge :

- 1)- Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2* comprenant 4 séances de soins de prévention
- 2)- Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 3* comprenant 6 séances de soins de prévention

* *Gradation du groupe international de travail sur le pied diabétique (International Working Group of the diabetic foot)*

- *Grade 2 : Neuropathie sensitive (définie par l'anomalie du test au monofilament de 10 g ou un seuil de perception vibratoire supérieure à 25 V), associée à une artériopathie des membres inférieurs (définie par l'absence des pouls du pied ou un IPS inférieur à 0,90) et/ou à une déformation du pied (hallux valgus, orteils en griffe ou en marteau, proéminence de la tête des métatarsiens)*
- *Grade 3 : Antécédents d'ulcération du pied (grade 3a), et/ou amputation de membres inférieurs (grade 3b)*

Chaque forfait comprend également la réalisation, par le pédicure-podologue, d'un bilan-diagnostic podologique initial et la transmission au médecin traitant d'une fiche de synthèse au terme du traitement ou chaque année en cas de prolongation de soins, comprenant notamment : les résultats obtenus, des observations ou les difficultés rencontrées, et le cas échéant l'ajustement du diagnostic podologique et du projet thérapeutique.

A tout moment, notamment à la vue de la fiche de synthèse, le médecin peut intervenir, en concertation avec le pédicure-podologue, pour demander une

modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.
Les éléments du bilan-diagnostic podologique et les fiches de synthèse sont tenus à la disposition du service du contrôle médical ou du patient à leur demande.

Chaque séance de soins des forfaits comporte :

- un examen des pieds et la gradation du risque podologique
- des soins de pédicurie-podologie
- une éducation du patient
- une évaluation du chaussage
- la mise en place d'un chaussage adapté, si nécessaire.

L'évaluation du pédicure-podologue, réalisée au cours de la première séance doit permettre d'établir, en tenant compte du projet du patient, le diagnostic podologique, les objectifs de la prise en charge thérapeutique préventive et éducative, le plan de soins et de choisir les actes et techniques les plus appropriés.

Séance de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique, d'une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, par séance1 POD

Le pédicure-podologue justifiant d'un Diplôme d'Etat obtenu à compter du 1^{er} janvier 2010 est autorisé à facturer des séances de prévention.

Le pédicure-podologue ayant obtenu un Diplôme d'Etat avant le 1^{er} janvier 2010 peut facturer des séances de prévention s'il atteste d'au moins une des conditions suivantes :

- L'obtention d'un DU de diabétologie ;
- Le suivi d'une formation sur le thème du pied du patient diabétique comportant :
 - o une formation théorique d'au moins 2 jours, encadrée par une équipe multidisciplinaire d'animateurs et experts reconnus dans le domaine du pied du patient diabétique (contexte, enjeux, plaie diabétique et traitement)
 - o une formation pratique d'au moins 2 jours, sous la forme de stage dans des structures ou services référents dans la prise en charge multidisciplinaire de la pathologie du pied du patient diabétique (mise en application des mesures préventives, moyens de dépistage des patients à haut risque podologique, traitement local des ulcérations constituées et éducation thérapeutique) ;
- Une pratique professionnelle d'au moins six mois dans le cadre des réseaux ou dans un service de diabétologie.

Le suivi d'une formation sur le thème du pied du patient diabétique et la pratique professionnelle doivent faire l'objet d'une attestation délivrée selon le cas par le responsable de la formation, par le directeur du réseau ou par le responsable du service de diabétologie.

La facturation, le même jour, pour un même patient, de deux séances de

prévention ou d'une séance de prévention et d'un acte du titre XII - chapitre II, article 3 n'est pas autorisée.

VIII - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les orthoptistes.

Au Titre III - « Actes portant sur la tête » - chapitre II « Orbita - œil » - article 1 « Orthoptie : bilans, rééducations et enregistrements »

1° L'article 1 est remplacé par les dispositions suivantes :

19/07/12

Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, les actes de l'article 12 peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription initiale du médecin demandant un bilan. Si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison avec l'orthoptiste. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription.

Le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif. Ce bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste. L'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées. L'orthoptiste établit la demande d'entente préalable qui est adressée à la caisse avec un double de la prescription initiale du bilan.

L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de son évolution et de l'état de santé du patient. A tout moment, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec l'orthoptiste, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

À l'issue de la dernière séance, l'orthoptiste adresse au médecin prescripteur une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Celle-ci est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

Bilan orthoptique fonctionnel de la basse vision, d'une durée de 60 minutes avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2ème bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie.....20 AMY

Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins:

- la détermination subjective de l'acuité visuelle,
- la détermination subjective de la fixation,
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs

Bilan des troubles neuro visuels diagnostiqués, d'une durée de 60 minutes avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2ème bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie.....20,1 AMY

Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au

moins:

- la détermination subjective de l'acuité visuelle,
- la détermination subjective de la fixation,
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs

Bilan orthoptique dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neuro-sensoriels y afférents, comportant :10 AMY

- la détermination subjective de l'acuité visuelle,
- la détermination subjective de la fixation,
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs.

Avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, d'une durée d'au moins 30 minutes par séance, avec un maximum de deux actes par an (sauf accord du service médical).

Un des examens suivants peut être coté en supplément à un bilan...4,1 AMY

- la détermination objective de l'acuité visuelle,
- la déviométrie (test de Lancaster et/ou de Hess Weiss et/ou mesures dans toutes les directions),
- l'analyse fonctionnelle des troubles neurovisuels hors bilan pour troubles neurovisuels

Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes présentant une basse vision et/ou des troubles neuro visuels susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie.

Rééducation de la basse vision : Cette rééducation est destinée aux patients dont l'acuité visuelle avec la meilleure correction optique est ≤ 0.3 et/ou le champ visuel est $\leq 20^\circ$.

- d'une durée d'au moins 60 mn pour les patients de plus de 16 ans
.....16,2 AMY E
 - d'une durée d'au moins 40 mn pour les 3 à 16 ans
.....11,2 AMY E
 - d'une durée d'au moins 30 mn pour l'enfant de moins de 3 ans
.....10,2 AMY E
- Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances d'au moins 20 minutes, par séance.....5,4 AMY E
- Traitement du strabisme par série de vingt séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes par séance.....5,4 AMY E
- Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de douze séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes, par séance.....4 AMY E

2° Après l'article 1, il est créé un article 2 ainsi rédigé :

« Article 2 - Orthoptie : actes avec enregistrements

Les enregistrements visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin sans réalisation d'un bilan au préalable.

	Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée sans mesure de seuil	9,5 AMY
19/07/12	Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée avec mesure de seuil	10,3 AMY
	Courbe d'adaptation à l'obscurité,	9 AMY
	Exploration du sens chromatique,	6 AMY
	Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score.	9 AMY

Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec télétransmission au médecin lecteur6,7 AMY

La facturation de cet acte est conditionnée à :

- une formation
- la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille
- la télétransmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur.
- Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase.
- Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil.

17/12/13

Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec transmission par autre moyen que la télétransmission au médecin lecteur.....6,1 AMY

La facturation de cet acte est conditionnée à :

- une formation
- la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille
- la transmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur.
- Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase.
- Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil.

17/12/13

IX - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des

08/10/08 Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les infirmières et les infirmiers.

Au Titre XVI - « Soins infirmiers », au chapitre I « Soins de pratique courante », à l'article premier – Prélèvements et injections, inscrire sous les libellés : « Injection intramusculaire » et « Injection sous-cutanée », le libellé :

Supplément pour vaccination antigrippale hors-primos injection dans le cadre de la campagne de vaccination anti-grippale organisée par l'assurance maladie.....AMI 1.

A la première partie : Dispositions générales, après l'article 22, sont ajoutées les dispositions suivantes :

20/12/11

« Article 23 - Majorations pour certains actes réalisés par des infirmiers

Article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique
Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique de cotation AMI 1 ou 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU).

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale du Titre XVI, chapitre I, article 1, ni avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier (ère)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II, article 5bis ;
ou
- des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs.

Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

21/07/14

Article III-4 IX bis - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers :

I. Au titre XVI « soins infirmiers », chapitre I « soins de pratique courante », l'article 9 « perfusions » est supprimé.

II. Au titre XVI « soins infirmiers », le chapitre II «soins spécialisés » est modifié comme suit :

- a) Dans le préambule du chapitre II, les mots « une actualisation des compétences, » sont supprimés.
- b) L'article 1^{er} est ainsi modifié :

« Article 1er - Soins d'entretien des cathéters

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement:		
- cathéter péritonéal	4	AMI ou SFI
- cathéter extériorisé ou site implantable ou cathéter veineux central implanté par voie périphérique	4	AMI ou SFI

- c) Le titre de l'article 3 et son contenu sont modifiés comme suit :

« Article 3 - Perfusions

Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.

La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	9	AMI ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance	14	AMI ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue	5	AMI ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche)	4	AMI ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose	4,1	AMI ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

d) Le titre de l'article 4 et son contenu sont modifiés comme suit :

« Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		
Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI
Injections :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI
<p>Perfusions, surveillance et planification des soins :</p> <p>Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.</p> <p>La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.</p> <p>Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.</p> <p>La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.</p> <p>La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.</p>		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance	10	AMI ou SFI

continue		
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche)	4	AMI ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue	5	AMI ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose	4,1	AMI ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

e) L'article 5 est ainsi modifié :

« Article 5 - Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter: 1. le nom des différents produits injectés; 2. leur mode, durée et horaires d'administration; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements)		

intraveineux, héparinisation...).		
<p>Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance.</p> <p>Cette cotation est globale; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose</p> <p>Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade.</p> <p>En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.</p>	15	AMI ou SFI

20/03/12 **X. - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour toutes les professions :**

20/03/12 A la première partie des dispositions générales, l'article 13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V.

B) Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés à Paris, Lyon, ou Marseille, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V.

L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horokilométrique prévue au paragraphe C de l'article 13 ni avec les majorations prévues à l'article 14 pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

C) Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité horokilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMP, POD, AMO et AMY de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.

En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

2° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

Toutefois, lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien- dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien – dentiste omnipraticien le plus proche.

De même, par dérogation, lorsque le médecin traitant n'est pas le médecin le plus proche de la résidence du malade, le médecin traitant du malade peut facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable de la résidence du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale.

10/09/15 A titre dérogatoire, la règle mentionnée au 2° ne s'applique pas :

- lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les Caisses d'Assurance Maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du Code de la santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du Code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L. 111-1 du Code de la sécurité sociale ; »

- 02/12/12**
- Les mots « entente préalable » sont remplacés par les mots « accord préalable » dans la nomenclature générale des actes professionnels.
 - Quand les actes sont soumis à la procédure de l'accord préalable, les lettres « AP » remplacent la lettre « E » indiquée en regard de l'acte.

A la première partie des dispositions générales, l'article 7 est remplacé par :
« **Article 7 - Accord préalable** »

La caisse d'Assurance Maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'accord préalable :

1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;
2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

B. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes

aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

C. Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.

La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15^{ème} jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'Assurance Maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.

Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

D. Lorsque la demande d'accord préalable porte sur la réalisation d'appareils de prothèse dentaire ou sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours, vaut accord de la demande. »

Annexe 1 : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs (Article III-2 du Livre III)**26/11/10** Remplacer les mots « médecin omnipraticien » par « médecin généraliste ».

	Code	Libellé	Valeur
02/10/12 15/10/13 17/06/15 25/09/13 17/06/15 25/09/13	U	Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15 €
	P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les médecins généralistes ou les sages-femmes de 20h à 00h	35,00 €
	S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les médecins généralistes ou les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 08h	40,00 €
	F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 €
	M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence d'un patient	26,88 €
	A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23,00 €
	E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
	G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans .	+25%
	6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	+25%
	8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	+20%
08/04/13	R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains	+50%
	L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+20%
	J	Majoration transitoire de chirurgie	+6,5%
	K	Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J	+11,5%
	7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+4%
	C	Réalisation d'une radiographie comparative	+49%
	D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+24%
	Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue	+15,8%
	B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+49%
	22/03/17	H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1
Q		Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200%
V		Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300%

Dispositions générales et dispositions diverses

	W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400%
15/10/13	N	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans	15,7%

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Les codes U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise.

Annexe 2 : Règles d'association (article III-3 B du Livre III)

12/05/16 Pour chaque acte de l'association, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article III-3 B. A chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels, quand ils sont en pourcentage.

1) Règle générale :

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50% de sa valeur.

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100%

Dans le cas d'une association de **2 actes seulement**, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (Chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02),

il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

2) Dérogations :

- a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le moins élevé est tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%

- b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	3	75%
3 ^{ème} acte	2	50%

- c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	2	50%
3 ^{ème} acte	2	50%

d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique YYYY028 ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

09/09/14

- Associations d'échographies autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
échographie de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} échographie (cas autorisés)	2	50%

- Actes avec guidage échographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage échographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage échographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

16/11/10
20/03/12
25/09/13

e) pour les actes de scanographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut être tarifé avec aucun autre acte de scanographie. Deux forfaits techniques peuvent alors être facturés, le second avec une minoration de 85 % de son tarif. L'acte de guidage scanographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés et à taux plein.

▪ Associations d'actes de scanographie autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
1 ^{er} acte de scanographie	4	100%
2 ^{ème} acte de scanographie (cas autorisés)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

▪ Actes avec guidage scanographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage scanographique	4	100%
Guidage scanographique	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

▪ Actes avec guidage remnographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage remnographique	1* ou 2** suivant tarif	100%* ou 50%**
Guidage remnographique	2* ou 1** suivant tarif	50%* ou 100%**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

g) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

05/03/09

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 1 pour chacun des actes ;

18/01/10

- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux et/ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

17/12/13

- Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques associés entre eux et/ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes :

17/12/13

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte 1 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100%
Acte 2 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%

17/12/13

- Association d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques et de 2 actes relevant de la règle générale.

Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

- les actes d'électromyographie, de mesure des vitesses de conduction, d'étude des latences et des réflexes, figurant aux sous-paragraphe 01.01.01.01., 01.01.01.02 et 01.01.01.03 de la Classification commune des actes médicaux du Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;

- si ces actes sont associés entre eux ou à 1 seul autre acte, le code est 4 pour chacun des actes ;
- si ces actes sont associés à 2 actes relevant de la règle générale, pour ceux-ci les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes cités ci-dessus ou les suppléments, le code association est 1 ;

- les actes d'irradiation en radiothérapie, ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes, le code est 4 pour chacun des actes ;

- les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 4 pour chacun des actes. Il en est de même si un acte de médecine nucléaire est associé à un autre acte ;

- les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (chapitre 19) et les actes d'accouchements (chapitre 9) peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ». Le code est 4 pour chacun des deux

actes.

15/10/13

- Les actes bucco-dentaires, y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à eux-mêmes ou à un autre acte quel que soit le nombre d'actes bucco-dentaires.

- Association d'actes bucco-dentaires entre eux : le code est 4 pour chacun des actes bucco-dentaires

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100%
Acte bucco-dentaire	4	100%
Supplément	4	100%

- Association d'actes bucco-dentaires et d'un seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%
Supplément	4	100%

- Association d'actes bucco-dentaires et de 2 actes relevant de la règle générale.
Pour les 2 actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes bucco-dentaires ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte bucco-dentaire	1	100%
Autre acte (tarif le plus élevé)	1	100%
Autre acte (2ème)	2	50%
Supplément autorisé en plus des 3 actes	1	100%

12/05/16

- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs en cardiologie en application des articles D. 712-104 et D. 712-115 du code de santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical.

Deux cas se présentent :

- Deux actes sont réalisés à des moments différents et discontinus de la même journée :

Le code association est « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et « 5 » pour l'autre acte, dont le tarif est à taux plein.

- Une association d'actes est réalisée dans un premier temps et une association d'actes est réalisée dans un deuxième temps, à un moment différent et discontinu de la même journée :

La première séquence d'actes comporte les codes association habituels, en application des règles définies à l'article III-3 du livre III et dans les paragraphes de cette annexe.

La deuxième séquence d'actes comporte le code association « 5 » au lieu de « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et les codes association habituels pour les autres actes de l'association.

2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
2 ^{ème} acte	5	100%

Exemple de plus de 2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

(ex. : premier acte réalisé le matin, les 2^{ème} et 3^{ème} actes réalisés l'après-midi)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
<u>Premier temps</u>		
Acte de tarif le plus élevé	1	100%
<u>Deuxième temps</u>		
Acte de tarif le plus élevé	5	100%
2 ^{ème} acte	2	50%

05/03/09

- i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes.

- Quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

- Quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.

Acte de radiologie conventionnelle associé à un autre acte (hors association

24/06/09 mammographie et échographie du sein)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle	1	100%
Autre acte	1	100%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux et autres actes relevant de la règle générale (2 au plus)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Autre acte de tarif le plus élevé	1	100%
Autre acte	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

24/06/09 - Quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50% de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Mammographie (si tarif le plus élevé)	1	100%
Echographie du sein	2	50%

**Annexe 3 : Classification des équipements de scanographie, de remnographie (IRM) et de Tomographie à Emissions de Positons (TEP) et activités de référence
(article I-14 du Livre I)**

1- Scanographie**CLASSIFICATION DES APPAREILS**

La classification est établie par année d'installation et tient compte des caractéristiques techniques des appareils.

L'année d'installation de l'appareil est l'année civile de la date effective de mise en service de l'appareil (conformément à l'Article D6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé).

26/05/10**20/03/12****24/04/15****23/08/07**

Chaque tableau de classification s'applique à l'activité réalisée à compter de la date d'application de l'arrêté ou de la décision inscrivant ce tableau à cette annexe 3.

Quand un appareil n'apparaît pas dans les tableaux de classification suivants, il est classé par défaut en classe 2, jusqu'à la parution d'une classification dans laquelle il est mentionné.

Scanners installés entre le 01-01-1998 et le 31-12-1998*(Arrêté du 26-05-1998 – JO du 11-06-1998)*

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
ELSCINT	Select SP	Helicat CT Twin	Helicat Flash CT Twin Flash CT RTS CT Gold
GENERAL ELECTRIC	CT Sytec SRi CT Sytec Plus CT Synergy CT Synergy Plus CT Synergy S	CT Prospeed S Fast CT Prospeed SX Power 30	CT Hispeed CTi CT Prospeed SX Advantage CT Prospeed SX Power Hilight
PHILIPS	Tomoscan M Tomoscan M 35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35 Tomoscan AV	Tomoscan AV Performance Tomoscan AV - Performance S Tomoscan AV Expander	Tomoscan AV Expander 100 Tomoscan AV Expander 200 Tomoscan AV - Performance S 100
PICKER	IQ IQ Premier IQTC PQSI	PQSV	P 2000 S P 2000 SV P 5000 P 5000 V P 6000 P 6000 SI
SIEMENS	Somatom AR TX Somatom AR Star 40 Somatom AR Star 80	Somatom Plus 4	Somatom Plus 4 Expert Somatom Plus 4 Power
TOSHIBA	Auklet X/Vision/EX-2 X/Vision/EX-3,5	X/Vision/EX 36	X/Press/GX X/Press/GX Aspire CI X/Press/GX 48

Scanners installés entre le 01-01-1999 et le 31-12-1999*(Arrêté du 28-06-2000 - JO du 12-07-2000)*

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
PICKER	Select SP	MX MX Twin Ultra Z	Ultra Z Pro MX Twin Premium MX Twin Pro MX Twin Pro Ultra P 5000 P 6000 MX 8000 (multicoupes)
GENERAL ELECTRIC	Hi Speed DXI Synergy Plus Synergy Synergy S	Hi Speed FXI Hi Speed DXI Plus Pro Speed S Fast	Light Speed (multicoupes) Hi Speed CTI Pro Hi Speed LXI Hi Speed FXI Power Pro Speed SX Power
PHILIPS	Tomoscan M Tomoscan M 35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35	Tomoscan AV - Performance S	Tomoscan AV - Performance S 100 Tomoscan AV - Expander 100 Tomoscan AV - Expander 200
SIEMENS	Somatom AR Star	Somatom Plus 4	Somatom Plus 4 Expert Somatom Plus 4 Power Somatom Plus 4 VZ (multicoupes)
TOSHIBA	Auklet XVision EX-2 XVision EX-3,5 Asteion VF 24	XVision EX 36 Xpress GX Xpress GX 48 Asteion VF 36 Asteion VI	Aquilion Aquilion Multi (multicoupes) Asteion VR Asteion VR Multi (multicoupes) Asteion VI Aspire CI Asteion VI Aspire CI Multi Asteion VI Multi (multicoupes)

Scanners installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2001*(Arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)*

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Esprit Somatom Balance Somatom Balance E	Somatom Emotion Somatom Emotion Duo Somatom Emotion Duo E	Somatom Volume Access Somatom Volume Access E Somatom Volume Zoom
PHILIPS	AURA Pack S Tomoscan M Tomoscan M35 Tomoscan EG Tomoscan EG 35	Secura Pack M Aura Pack N	Secura Pack P
GE	HiSpeed DX/i Power HiSpeed DX/i HiSpeed CT/e	HiSpeed NX/i HiSpeed NX/i Power HiSpeed FX/i HiSpeed DX/i Plus	LightSpeed – toutes versions HiSpeed NX/i Pro HiSpeed NX/i Plus HiSpeed ZX/i
PICKER	SELECT SP	ACQSIM - CT ULTRA Z	MX 8000 D MX 8000 D EXT MX 8000 ultra fast
TOSHIBA	AUKLET AUKLET FS ASTEION VF	ASTEION VI.M ASTEION VR.M 48 kW ASTEION VR.M 54 kW ASTEION VR.M 60 kW ASTEION DUAL 36 kW ASTEION DUAL 48 kW	ASTEION MULTI 36 kW ASTEION MULTI 48 kW ASTEION MULTI 54 kW AQUILION MULTI ASTEION D. MULTI AQUILION M

Scanners installés entre le 01-01-2002 et le 31-12-2002*(Arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)*

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Esprit Somatom Esprit +	Somatom Balance Somatom Emotion Somatom Emotion Duo Somatom Volume Access	Somatom Sensation 4 SomatomSensation 4 advanced SomatomSensation 16 SomatomVolume Zoom
PHILIPS		AURA S AURA N MX 8000 Dual (48 KW) MX 8000 Dual (60 KW)	MX 8000 Quad MX 8000 IDT
GE	Cte CTe Plus Hispeed Xi D	CTe Dual CTe Dual plus Hispeed Xi F Hispeed Xi Z Hispeed Nxi S Hispeed Nxi Hispeed NXi plus Hispeed NXi Pro Hispeed QXi EBT C300	Hispeed QXxi plus Hispeed QXii Pro LightSpeed S LightSpeed Plus LightSpeed Ultra LightSpeed 16
TOSHIBA	AUKLET ASTEION VF	AUKLET FS ASTEION VF Power ASTEION VI ASTEION VD Dual ASTEION VI.Power ASTEION VR ASTEION VR Power ASTEION VR Power Pro ASTEION VD Dual Power ASTEION Multi Quantum ASTEION Multi ASTEION Multi Power AQUILION Multi Power	ASTEION Multi Power Pro ASTEION Multi Power Pro V2 AQUILION Multi Power 8 AQUILION Multi Power 32

Scanners installés entre le 01-01-2003 et le 31-12-2003*(Arrêté du 11-10-2004 - JO du 11-10-2004)*

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Smile Somatom Emotion	Somatom Emotion <i>(Power Package)</i> Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO <i>(Power package)</i> Somatom Emotion 6	Somatom Sensation 4 Somatom Emotion 6 <i>(Power package)</i> Somatom Sensation 10 Somatom sensation 16
PHILIPS		Mx8000 Dual EXP A Mx8000 Dual EXP B Mx8000 Dual EXP C	MX 8000 Quad Mx8000 IDT 10 Mx8000 IDT16
GE	Cte CTe Plus	CTe dual CTe dual plus Hispeed Xi D plus Hispeed Xi F Hispeed Xi Z Hispeed Nxi S Hispeed Nxi Hispeed NXi Plus Hispeed NXi Pro Hispeed QXi EBT C300	Hispeed QXxi plus Hispeed QXii Pro LightSpeed S LightSpeed Plus LightSpeed Ultra LightSpeed 16
TOSHIBA	ASTEION VF	ASTEION VF Power ASTEION VI ASTEION VD Dual ASTEION VR ASTEION VR Power ASTEION VD Dual Power ASTEION Multi Quantum ASTEION Multi ASTEION Multi Power AQUILION Multi	ASTEION Multi Power Pro ASTEION Multi Power Pro V2 ASTEION Multi Power 6 AQUILION Multi Power 8 AQUILION Multi Power 10 FX AQUILION Multi Power 32 AQUILION Multi Power 32 CFX

Scanners installés entre le 01-01-2004 et le 31-12-2004*(Décision du 11-03-2005 - JO du 30-03-2005)*

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Emotion	Somatom Emotion Power Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO Power Somatom Emotion 6	Somatom Emotion 6 Power Somatom Sensation 10 Somatom sensation 16 Somatom Sensation 16 Speed 4D Somatom Sensation 64 Somatom Open
PHILIPS		Mx8000 Dual EXP A Mx8000 Dual EXP B Mx8000 Dual EXP C AcSim CT	Mx8000 Quad Mx8000 IDT 10 Mx8000 IDT16
GE Healthcare	CTe Plus	CTe dual Pro Hispeed Nxi Hispeed NXi Pro Hispeed QXi LigthSpeed QXi EBT C300	LightSpeed Plus LightSpeed RT LightSpeed Ultra LightSpeed Ultra evolution LightSpeed 16 LightSpeed 16 Pro 80 LightSpeed 16 Pro 100 LightSpeed 32 LightSpeed 64
TOSHIBA	ASTEION VF	ASTEION VF Power ASTEION S4 ASTEION S4 Multi Power AQUILION S4	ASTEION S4 Multi Power 6 ASTEION S4 Multi Power Pro ASTEION S4 Multi Power Pro V2 AQUILION S4 Power AQUILION S4 FX Power AQUILION S8 Power AQUILION S8 FX Power AQUILION S16 AQUILION S16 CFX AQUILION Matrix 32 AQUILION Matrix 32 CFX

Scanners installés entre le 1^{er} janvier 2005 et le 31 décembre 2007
(Décision du 23/08/2007 – JO du 11/09/2007)

CONSTRUCTEUR	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Emotion	Somatom Emotion Power Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO Power Somatom Spirit	Somatom Emotion 6 Power Somatom Emotion 16 Somatom Sensation 16 Somatom Sensation 40 Somatom Sensation 64 Somatom Sensation Open Somatom DEFINITION
PHILIPS	MX 4000 Single	MX 4000 Dual MX 6000 Dual Brilliance CT6	Brilliance CT6 Power Brilliance CT 10 Brilliance CT 16 Brilliance CT 40 Brilliance CT 64 Brilliance CT Big Bore
GE Healthcare	CT/E Plus	CT/E dual Pro BrightSpeed 4 Lite BrightSpeed 8 Lite BrightSpeed 16 Lite	BrightSpeed 4 Pro BrightSpeed 8 Pro BrightSpeed 16 LightSpeed 16 Pro LightSpeed 32 Pro LightSpeed VCT LightSpeed VCT Select LightSpeed VCT AT LightSpeed RT 4 LightSpeed RT 16 LightSpeed XTRA
TOSHIBA		ASTEION VP ACTIVION 16	AQUILION S4 AQUILION S8 AQUILION S16 AQUILION S16 CFX AQUILION 32 AQUILION 32 CFX AQUILION 64 AQUILION 64 CFX AQUILION LB

Scanners installés à partir du 1^{er} janvier 2008*(Décision du 24/04/2015 – JO du 24/06/2015) – (Décision du 12/05/2016 – JO du 19/07/2016)*

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS		Somatom SCOPE	Somatom SCOPE POWER Somatom FORCE Somatom DEFINITION AS20 Open Somatom DEFINITION AS64 Open Somatom DEFINITION AS20 Somatom DEFINITION AS40 Somatom DEFINITION AS64 Somatom DEFINITION AS+ 128 Somatom DEFINITION EDGE Somatom DEFINITION FLASH Somatom PERSPECTIVE 16 Somatom PERSPECTIVE 32 Somatom PERSPECTIVE 64 Somatom PERSPECTIVE 128
PHILIPS		Access Dual	CT MX16 Brilliance CT 16 Brilliance CT 16 Standard Brilliance CT 16 Power Brilliance CT 16 Big Bore Brilliance Essential CT 40 Brilliance Essential CT 64 Brilliance Intelligent CT SP 128 Brilliance Intelligent CT 256 Brilliance Intelligent CT 256 Elite Ingenuity Flex 16 Ingenuity Flex 32 Ingenuity Core Ingenuity Core 128 Ingenuity Core Elite
GE Healthcare		Brivo CT 325 Brivo CT 385	BrightSpeed Elite LightSpeed VCT XTe LightSpeed VCT ASiR Optima CT 520 Optima CT 540 Optima CT 580 Optima CT 580 RT Optima CT 660 Discovery CT 590 RT Discovery CT 750 HD Revolution EVO Revolution HD Revolution GSI Revolution CT
TOSHIBA		Astelion Astelion Advanced Edition	AQUILION CX AQUILION CXL 64 AQUILION CXL 128 AQUILION RX AQUILION RXL 16 AQUILION RXL 32 AQUILION PRIME AQUILION PRIME 80 AQUILION PRIME 160 AQUILION ONE AQUILION ONE NeXT Generation AQUILION ONE Vision Edition

Dispositions générales et dispositions diverses

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
HITACHI		Eclos 4 Eclos 8 Eclos 16 Supria 16 (2 MHU) Supria 16 (5 MHU)	Scenaria 64 Scenaria 128 Supria 16 (50 kW) Supria 64

Source : SNITEM

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCES ANNUELLES

26/05/10 Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre de forfaits techniques débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Tous les forfaits techniques doivent être décomptés, y compris ceux pour les examens réalisés pour des patients hospitalisés dans les établissements de santé, quels que soient le statut et la qualité du médecin exécutant.

20/03/12 Lorsque la mise en service effective de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

23/08/07 Trois tranches d'activité sont définies au-delà de l'activité de référence :

1. Activité supérieure à l'activité de référence et inférieure ou égale au seuil 1
2. Activité supérieure au seuil 1 et inférieure ou égale au seuil 2
3. Activité supérieure au seuil 2.

A chacune de ces tranches d'activité correspond un montant différent du forfait réduit.

Matériels installés avant le 01-08-1991

Activité de référence	10 000
-----------------------	--------

Matériels installés entre le 01-08-1991 et le 31-12-1994

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Paris	4 550	5 550	6 550	6 550	7 050	7 550
Région Parisienne	4 200	5 200	6 200	6 200	6 700	7 200
Province	4 000	5 000	6 000	6 000	6 500	7 000

Matériels installés entre le 01-01-1995 et le 31-12-1996

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	4 550	5 550	7 050
Région Parisienne (hors PARIS)	4 200	5 200	6 700
Province	4 000	5 000	6 500

16/01/17

*Seuils d'activité de référence annuelle applicables jusqu'au 13 février 2017
quelle que soit la date d'installation de l'appareil*

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	3500	5700	6700
Région Parisienne hors Paris	3200	5350	6350
Province	3000	5000	6000

*Seuils d'activité de référence annuelle applicables à partir du 13 février 2017
quelle que soit la date d'installation de l'appareil*

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Toutes zones géographiques	3500	5700	6700

Seuils pour l'application des forfaits réduits au-delà de l'activité de référence

Seuils des tranches d'activité	SEUIL 1	SEUIL 2
Tous appareils	11 000	13 000

2- Imagerie par résonance magnétique (modifié par décisions UNCAM du 20/03/2012, du 19/07/2012 et du 12 mai 2016)

CLASSIFICATION DES APPAREILS

La classification des appareils d'IRM est établie suivant la puissance de l'aimant exprimée en tesla (T) et, pour certains appareils, selon les régions anatomiques examinées.

- **Les appareils IRM dits « polyvalents »** sont des appareils IRM 'fermés' d'une puissance d'aimant de 1,5 Tesla permettant d'apporter une qualité diagnostique dans l'examen de chaque région anatomique et pour un très grand nombre d'indications médicales.

Ces appareils sont constitués d'un aimant circulaire, d'un tunnel généralement large, disposent de plusieurs chaînes de radiofréquence, d'un grand éventail d'applications notamment dans l'exploitation des images générées par l'appareil et nécessitent une grande surface d'installation et des aménagements des locaux importants (renforcement des sols, cage de faraday, ...).

A fin 2011, ces appareils constituent la quasi-totalité des appareils IRM 1,5 T autorisés.

- **Les appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire »** sont des appareils IRM 'fermés' d'une puissance d'aimant de 1,5 Tesla ayant les mêmes caractéristiques (*gradient, tunnel, bobines, ...*) que les appareils IRM 1,5 T, dits « polyvalents », mais avec une utilisation réservée aux examens ostéo-articulaires.

Les caractéristiques des IRM « spécialisés en ostéo-articulaire » doivent porter :

- sur les caractéristiques de l'aimant principal et des bobines de gradient,
- sur les caractéristiques des antennes et en particulier des antennes réceptrices (Les antennes réceptrices sont en règle générale composées de plusieurs bobines permettant d'augmenter le rapport signal/bruit et d'accéder à des techniques d'acquisition parallèles (gain de temps par correction des artefacts par un logiciel ad hoc)). Les antennes sont alors adaptées à la forme anatomique de la région explorée afin de récupérer le signal au plus près du patient.

Ces appareils IRM 1,5 T « spécialisés » doivent apporter une qualité diagnostique comparable à l'appareil IRM dit « dédié » pour les articulations distales (*aimant circulaire extrêmement performant*) pour éviter de refaire un examen sur un appareil IRM 1,5 T « polyvalent » ou « dédié ».

L'équipement optionnel en termes d'antennes réceptrices est limité aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :

- antenne genou, cheville, pied ;
- antenne rachis ;
- antennes de surface dédiées aux articulations : coude, poignet, main ;
- antenne cervicale ;
- antenne épaule ;
- antenne hanche.

19/07/12

12/05/16

Détails de certaines caractéristiques :

- tunnel de 60 cm à 65 cm ;

- gradient : intensité = 30 mT/m à 36 mT/m ; vitesse = de 100 à 150 T/m/s ;
- nombre de chaînes de radiofréquence (convertisseurs analogique/numériques) = 8 à 16 ;
- options de base **non proposées** dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus.

12/05/16 Les appareils IRMs « spécialisés en ostéo-articulaire » doivent répondre aux spécifications techniques citées supra.

12/05/16 *Les appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire » ne peuvent pas faire l'objet d'une évolution technologique les transformant en appareil IRM 1,5 T dit « polyvalent ».*

- **Les appareils IRM « dédiés aux examens ostéo-articulaires des membres »** sont des appareils IRM d'une puissance d'aimant de 1,5 Tesla dont les caractéristiques nécessaires et suffisantes (*aimant circulaire extrêmement performant*) permettent uniquement la réalisation d'examens ostéo-articulaires des membres inférieurs et supérieurs, hors hanche et épaule. Les **6 antennes émettrices réceptrices incluses** dans la configuration sont **dédiées** aux seuls examens des régions anatomiques suivantes :
 - antennes genou, cheville, pied ;
 - antennes de surface dédiées aux articulations distales : main, doigts, poignet, coude.

Cette classe d'appareils IRM dits « dédiés » en ostéo-articulaire des membres apportent une qualité diagnostique suffisante permettant d'éviter la réalisation de ces examens sur un appareil IRM 1,5 T dit « polyvalent ».

Ces appareils disposent d'un tunnel d'une dimension très inférieure à celle d'un appareil IRM 1,5 T « polyvalent » ou « spécialisé en ostéo-articulaire », d'un nombre beaucoup moins important de chaînes de radiofréquence (voire d'une seule) et nécessitent une surface dédiée à l'appareil beaucoup moins grande.

La configuration comprend également une seconde console de traitement.

**Appareils IRM « dédiés aux examens ostéo-articulaires des membres »
installés à partir du 1^{er} janvier 2012**

CONSTRUCTEUR	Dénomination Commerciale des appareils
GE HEALTHCARE	Optima MR430s *

* Détails de certaines caractéristiques :

- tunnel de 18 cm ;
- 19/07/12** - gradient : intensité = 70 mT/m ; vitesse \geq 200 T/m/s ;
- nombre de chaînes de radiofréquence (convertisseurs Analogique/numériques) = 1 ;
- options de base non proposées dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus, diffusion / perfusion ;
- surface dédiée à l'appareil = 10 m².

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCES ANNUELLES

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre de forfaits techniques débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Tous les forfaits techniques doivent être décomptés, y compris ceux pour les examens réalisés pour des patients hospitalisés dans les établissements de santé, quels que soient le statut et la qualité du médecin exécutant.

Lorsque la mise en service effective (Conformément à l'Article D6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

Trois tranches d'activité sont définies au-delà de l'activité de référence :

1. Activité supérieure à l'activité de référence et inférieure ou égale au seuil 1
2. Activité supérieure au seuil 1 et inférieure ou égale au seuil 2
3. Activité supérieure au seuil 2.

A chacune de ces tranches d'activité correspond un montant différent du forfait réduit.

16/01/17

Seuils d'activité de référence annuelle applicables jusqu'au 13 février 2017 quelle que soit leur date d'installation

Classe d'appareils	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T ET 1,5 T <	1,5 T polyvalent	1,5 T dédié aux membres	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire	> 1,5 T
Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 500	4 500	4 500	4 500

**Seuils d'activité de référence annuelle applicables à partir du 13 février 2017
quelle que soit la date d'installation de l'appareil**

Classe d'appareils	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T ET 1,5 T <	1,5 T polyvalent	1,5 T dédié aux membres	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire	> 1,5 T
Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 750	4 500	4 500	4 500

Seuils pour l'application des forfaits réduits au-delà de l'activité de référence

SEUILS des tranches d'activité	SEUIL 1	SEUIL 2
Tous appareils	8 000	11 000

3- Tomographes à Émission de Positons (TEP)

La classe 1 regroupe les tomographes à émission de positons permettant la correction d'atténuation par une(des) source(s) radioactive(s) uniquement (TEP).

La classe 2 regroupe les tomographes à émission de positons couplés à un tomodensitomètre permettant la correction d'atténuation par des rayons X (avec ou sans source(s) radioactive(s)) et la localisation anatomique (TEP-TDM).

CLASSIFICATION DES TOMOGRAPHES A EMISSION DE POSITONS

Classe d'appareils	Classe 1	Classe 2
Type d'appareils	TEP	TEP-TDM

26/05/10 L'activité de référence annuelle est de 1 000 forfaits techniques, quelle que soit la classe d'appareil.

Le seuil d'activité de référence doit être appliqué par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre de forfaits techniques débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Tous les forfaits techniques doivent être décomptés, y compris ceux pour les examens réalisés pour des patients hospitalisés dans les établissements de santé, quels que soient le statut et la qualité du médecin exécutant.

25/09/13 Lorsque la mise en service effective (Conformément à l'Article D. 6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

17/09/08 Annexe 4 : Autres forfaits

19/01/09 Forfait Vidéo capsule

Vidécapsule : matériel à usage unique nécessaire à la réalisation de l'acte HGQD002 : exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidécapsule ingérée. Ce forfait est facturable soit par le praticien libéral qui réalise l'acte, soit par la structure de soins où est réalisé l'acte.

19/01/09 Forfait Sécurité Dermatologie : ce forfait s'applique à une liste d'actes d'exérèse de naevus cellulaires, de tumeurs malignes cutanées ou de lésions hypodermiques lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.

**20/12/11
02/10/12**

Quand ces actes sont réalisés en établissement de santé, en dehors d'une hospitalisation, ce forfait ne peut être facturé que par le seul établissement de santé et il ne peut pas se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie à l'article R 162-32 du code de Sécurité sociale.

Ce forfait ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par 24 heures par une même structure de soins ou par un même praticien.

Ce forfait est indiqué en regard des actes auxquels il s'applique dans le Livre II.
Le tarif du FSD est fixé à 40€.

Annexe 5 : Cahier des charges pour un système d'archivage et de gestion des images médicales numériques (Mammographies, Scanner et IRM) – Livre II chapitre 19.02.07 (modifié par décision UNCAM du 24/06/14)

L'archivage des images médicales numériques nécessite l'acquisition préalable et la maintenance d'un système d'archivage et de gestion des images. Le supplément « archivage » pris en charge par l'Assurance Maladie est destiné à financer les coûts d'acquisition et de maintenance de ce système d'archivage supportés par son exploitant (personne juridique, physique ou morale, assumant au regard de la législation nationale la responsabilité juridique du système d'archivage numérique).

1. Techniques d'imagerie concernées

L'archivage numérique concerne exclusivement les mammographies et les examens d'imagerie en coupes (actes de scanographie et de remnographie).

La mammographie numérique n'est concernée que si elle est acquise directement en mode numérique, excluant de fait toute numérisation secondaire, dans les deux situations suivantes :

1. Le dépistage organisé (DO) du cancer du sein ;
2. Le suivi des cancers du sein traités.

2. Conditions administratives

Le supplément « archivage » est pris en charge par l'Assurance Maladie :

- a) après l'enregistrement par un organisme d'assurance maladie des informations justifiées par les documents suivants :
 - 1/ la déclaration d'engagement de l'exploitant sur les conditions de prise en charge, strictement tenue à jour ;
 - 2/ un document de nature comptable attestant de la participation financière de l'exploitant à l'acquisition du système d'archivage (ex : une facture ou une attestation du commissaire aux comptes) ;
- b) selon les mêmes indications que les actes qui autorisent ce supplément.

Le supplément « archivage » n'est pas pris en charge lorsque le médecin ou la structure gérant le système d'archivage pour le compte de ce médecin (exploitant) a bénéficié de subvention, totale ou partielle, pour le système d'archivage et de gestion des images, à l'exception des PACS (Picture Archiving and Communication Systems) territoriaux inter-sites ou inter-établissements agréés par une agence régionale de santé.

3. Conditions techniques relatives à l'archivage des images numériques de radiologie

3.1 Type et durée d'archivage

Au sein des établissements de santé, conformément à l'article R.1112-7 du code de la santé public, les images utiles au diagnostic de l'examen sont archivées pendant une durée de 20 ans à compter de la date de l'examen archivé pour le patient considéré.

Pour les médecins libéraux, en l'absence de norme juridique fixant la durée de conservation de leurs archives, et indépendamment des dispositions réglementaires relatives à la

responsabilité civile des professionnels de santé, la durée doit être au minimum de 5 ans. Cette durée est susceptible d'être modifiée en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Dans tous les cas, ces images doivent être disponibles en accès immédiat sur le site pendant au moins trois ans à compter de la date de l'examen. Au-delà de trois ans, l'accès peut être différé.

3.2 Contraintes techniques

Contraintes et normes à respecter

Les images archivées sont les images traitées en format DICOM.

Les données en accès immédiat sont archivées en format DICOM sans compression ou avec compression sans perte (DICOM lossless). L'archivage en accès immédiat doit permettre une récupération immédiate des images (*soit, dans des conditions normales d'utilisation sur site, un temps d'affichage inférieur à 5 secondes pour la première image d'un examen scanner et, par exemple, à 1 minute pour une série complète de 600 images d'un scanner*). En ce qui concerne l'archivage en accès différé, une compression plus importante sera admise (DICOM lossy).

La communication entre le système d'information radiologique (SIR) du cabinet ou service de radiologie et le système d'archivage est directe si le SIR est doté des fonctionnalités logicielles requises. Si le SIR ne dispose pas de ces fonctionnalités, la communication doit utiliser une passerelle transformant les informations du SIR en format DICOM et HL7 qui seront utilisées directement par le système d'archivage (*le système d'archivage doit notamment pouvoir recevoir du SIR les identifiants des patients et des examens et réaliser les réconciliations d'identité entre le SIR et le système d'archivage*). L'utilisation de l'Identifiant National de Santé (INS), avec le référencement adéquat, est recommandée.

Le système d'archivage doit respecter les normes internationales DICOM, HL7 (*dans sa version la plus récente*) et les profils définis par IHE (*les profils Scheduled Workflow (SWF), Patient Administration Management (PAM) et ses transactions déclinées en HL7, Patient Demographic Query (PDQ) et Key Image Note (KIN) sont indispensables ; le profil Radiation Exposure Monitoring (REM) est recommandé*). La lecture des images archivées doit être réalisée sur des écrans adaptés de visualisation à visée diagnostique (*écrans de résolution d'au moins 2 MP pour les examens de coupe et d'au moins 3 MP pour ceux de projection*).

Confidentialité, sécurité

L'archivage des images doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL par l'exploitant et respecter les règles de confidentialité du dossier du patient, notamment en termes d'authentification des utilisateurs et de suivi de leurs accès. La preuve de déclaration CNIL doit être tenue à disposition en cas de contrôle.

Les images doivent être sauvegardées pour la durée prévue à l'article 3.1 à l'aide d'une solution de sauvegarde (base de données et données images) sous la forme d'un système local, d'un système partagé ou d'un système décentralisé.

Qualité

La qualité et l'efficacité de fonctionnement du système imposent une formation des médecins à l'utilisation du système et une organisation adaptée. Les besoins en disponibilité du système imposent la conclusion d'un contrat de maintenance.

Une procédure interne de contrôle qualité du système d'archivage doit être mise en place sous la responsabilité de l'exploitant de ce système.

Interopérabilité avec les PACS (Picture Archiving and Communication System)

Le système d'archivage de l'exploitant doit être interopérable avec les PACS qui relèvent de la région dans laquelle est implanté le système, sous réserve de la conformité de ces derniers aux règles d'interopérabilité.

Les médecins nouvellement associés, collaborateurs, remplaçants ou de tout autre statut pourront sur demande conjointe du praticien concerné et du responsable du système, être inscrits sur la liste des médecins archivant sur le système agréé.