

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

Livre Premier : Dispositions générales

Article I-1

Les dispositions du Livre I s'appliquent aux médecins libéraux et salariés pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.

Article I-2

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 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.

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 :

- le code activité identifie les gestes réalisés au cours d'un même acte par des médecins 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».

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.

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 code l'acte effectivement réalisé.

Article I-4 **Prise en charge**

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes d'assurance maladie les actes effectués personnellement par un médecin, sous réserve que ce dernier soit en règle avec les dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de sa profession.

Les médecins 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.

Pour les actes qualifiés de remboursables sous conditions, le médecin 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.

1. Quand l'acte est soumis à cette formalité, le patient est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée par le médecin qui doit dispenser l'acte. 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.
Lorsque les honoraires sont réglés directement aux médecins par l'organisme d'assurance maladie notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail, la demande d'accord préalable est adressée au contrôle médical par le médecin et non par le patient.
2. La date d'envoi de la demande d'accord préalable est attestée par le cachet de la poste. La réponse de l'organisme d'assurance maladie doit être adressée au patient ou au médecin, le cas échéant, au plus tard le quinzième jour suivant la date de réception de la demande par le contrôle médical.
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.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin 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.

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 ayant pratiqué l'acte et 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.

Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins, la participation de chaque médecin 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.

Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins participent à sa réalisation.

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 différents.

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.

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. Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

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 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**

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 celui effectuant 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.

Par dérogation à l'article I-6, le supplément pour récupération peropératoire de sang peut être codé et tarifé bien qu'il ne soit pas mentionné en regard des actes auxquels il peut 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 :

- 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. 712-104 et D. 712-115 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).

Article I-11

Association

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, 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 ;
5. des actes identiques :
 - réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur la main et sur le pied,
 - dont les libellés comportent des informations numériques,
 - dont les libellés précisent la mention bilatérale ;
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 ;
8. les incompatibilités d'association concernant un acte s'appliquent également aux actes dans lesquels il est inclus ;
9. à ces incompatibilités générales s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte, explicitées dans son libellé ou dans les notes adjointes mentionnées à l'article I-13.
- 10.

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

A) Emploi de l'article partitif «de»

L'article partitif «de» a le sens de «quel qu'en soit le nombre» ; 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.

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 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.

Article I-14

Actes donnant droit à forfait technique

Les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont 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.

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 La classification des appareils tient compte de leurs caractéristiques techniques. Elle est établie par année d'installation pour les appareils de scanographie. Les tableaux retraçant 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.

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

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'anatomo-cytopathologie, 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 communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux et les actes dentaires communs aux médecins et aux chirurgiens dentistes. Cette dérogation s'applique également aux médecins stomatologistes pour les actes communs aux dentistes et à d'autres spécialités, tels que les radiographies dentaires.

Article III-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

- 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, autres que les omnipraticiens et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 08 h ; le code est U.
 - Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h ou de 06h à 08h ; le code est P.
 - Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 06h ; 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.

- Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste ou du pédiatre, 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, orthopédico-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.
- Majoration forfait modulable pour les actes ayant droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K.
Cette majoration concerne les chirurgiens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant opté pour l'option de coordination telle que mentionnée à l'article 1.2.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005.
Par dérogation, les chirurgiens autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas opté pour l'option de coordination pourront coter ce modificateur pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

27/04/06

Par dérogation, les chirurgiens autorisés à pratiquer des honoraires différents et n'ayant pas opté pour l'option de coordination pourront coter 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.
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue ; le code est Z.
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par 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.

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

- 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 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.

B) Pour l'association d'actes techniques, le médecin 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.

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 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.

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 10 % 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 10 % 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.

23/08/07

23/08/07

- 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.
- g) Dans les cas suivants, les actes associés sont tarifés à taux plein :
- les actes de radiologie conventionnelle y compris les suppléments autorisés avec ces actes et le guidage radiologique peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ;
 - 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 ».
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin 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. 712-104 et D. 712-115 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.

Cas particulier

13/12/07 Quand un médecin 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.

L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50%, hors associations avec des radiographies dont le nombre n'est pas limité et qui sont tarifées à 100%.

Le nombre d'actes dentaires NGAP associés n'est pas limité et ces actes sont tarifés à taux plein dans les cas qui suivent :

- Acte(s) coté(s) en SCM , en ORT ou PRO
- Extraction(s) dentaire(s) faisant exception à l'application de l'article 11B des dispositions générales de la NGAP c'est à dire les extractions de dents permanentes, de dents lactéales, de dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe.

Codes associations

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.

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.

A) A la première partie : Dispositions Générales

Article 2-1. Lettre clés : les lettres clés KCC, KE, ZM et ZN sont abrogées.

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 alinéas c) et d) de l'article 4.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005.

Par dérogation, les médecins spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas c) et d) de l'article 4.3 susmentionné peuvent bénéficier de la majoration forfaitaire transitoire MPC pour les seuls 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.

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.

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
Ophtalmologie
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.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) mentionné au a) de l'article 4-3 de l'arrêté du 3 février 2005 sus-citée.

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.

- Au B) : Actes en K, KC, KCC, KE, D, DC, 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, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO » est remplacée par « pour les actes en K, KC, Z, D, DC, 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

- 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.

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 omnipraticien 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 omnipraticien ;
 - dès lors que cette personne est atteinte d'une maladie contagieuse et que la consultation au cabinet est contre indiquée.

Le médecin omnipraticien 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 omnipraticien, au premier paragraphe, à la première ligne, après les mots «Les consultations» ajouter les mots «et les visites».

06/12/05

Article 14.4. Forfait pédiatrique : Au premier alinéa, la mention « FP » est supprimée et remplacée par « FPE ».

06/12/05

Article 14.4 bis. Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre.

Lorsque le pédiatre effectue, auprès d'un enfant âgé de 0 à 24 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).

Cette majoration peut être cotée dès lors que le pédiatre n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des alinéas c) et d) de l'article 4.3 la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005. Par dérogation, le pédiatre autorisé à pratiquer des honoraires différents au sens des alinéas c) et d) de l'article 4.3 susmentionné peut coter la MNP pour les seuls actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L.165-5-13 du code de la sécurité sociale.

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 exceptionnel (DE) au sens de l'article 4-3 de l'arrêté du 3 février 2005 sus-citée.

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

06/07/07

Article 14.4 ter. Majoration de l'examen médical obligatoire dans les huit jours suivant la naissance mentionné à l'article R.2132-1 du code de santé publique, par le pédiatre :

Lors de la consultation ou de la visite pour l'examen médical obligatoire dans les huit jours suivant la naissance mentionné à l'article R.2132-1 du code de santé publique, le pédiatre doit notamment :

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère,
- pratiquer un examen complet du nourrisson, orienté notamment vers le dépistage précoce 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 du premier certificat de santé prévu 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.

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.

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

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

Les consultations ou visites effectuées par le médecin omnipraticien 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'examen 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.

Cette majoration ne se cumule pas avec le forfait prévu à l'article 14.4.1. (Forfait pédiatrique du médecin omnipraticien) (FPE).

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 omnipraticien.

05/12/06 Les consultations et les visites effectuées par le médecin omnipraticien 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 omnipraticien) (FPE), ni avec la majoration prévue à l'article 14-4-2 (Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin omnipraticien) (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

Article 14.4.4. (Majorations de consultations familiales, par un psychiatre, pour un enfant de moins de seize ans atteint d'une affection psychiatrique de longue durée) :

I - Première 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, 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, dédiée à l'annonce du diagnostic, au cours de laquelle sont expliqués la pathologie, son pronostic et la stratégie thérapeutique en présence des intervenants essentiels du groupe familial.

Au cours de cette consultation, le psychiatre doit notamment :

- 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 annonce ;
- 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 et évaluer la capacité de soutien de celle-ci ;
- 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 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 ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée MPF (majoration première *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 ».

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).

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 au b) de l'article 4.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, approuvée par arrêté du 3 février 2005. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la MCS mentionnée à l'article 7.2 du même arrêté 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

Article 15.4. Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie

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 première consultation après hospitalisation pour acidocétose révélatrice d'un diabète de type 1,
 - lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;
- ◆ diabétiques de type 2 insulino requérant ou devenant insulino requérant
 - lors de la première consultation après hospitalisation pour complication viscérale du diabète,
 - 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 anti diabétiques 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 au b) de l'article 4.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, approuvée par arrêté du 3 février 2005. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la MCS mentionnée à l'article 7.2 du même arrêté et avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis).

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.

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

A. - Consultation entre deux omnipraticiens

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

Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant ne peut porter sur les feuilles de maladie les cotations prévues ci-dessous qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :

- ne recevoir le patient que sur demande explicite de son médecin traitant¹ ;
- ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation ;
- adresser au médecin traitant¹ ses propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application ;
- ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade dans les 6 mois suivants excepté pour les psychiatres ou neuro-psychiatres qui peuvent, en cas de séquence de soins nécessaire, revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant cet avis ponctuel.

27/04/06

Sauf exception prévue à l'article 11 A les honoraires des actes de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués au cours de la même séance.

27/04/06

1) 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, agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant¹

- consultation au cabinet du médecin spécialiste : C 2 ;

¹ On entend par médecin traitant 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 le médecin traitant sera celui qui demande l'avis du consultant.

- visite au domicile du malade : V 2 ;
- consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue : C2,5 ;
- visite au domicile du malade par un psychiatre, neuro-psychiatre ou par un neurologue : V2,5.

Conformément aux règles définies ci-dessus, ces cotations ne s'appliquent 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.

27/04/06

A titre dérogatoire, en cas de séquence de soins nécessaire, le psychiatre ou le neuropsychiatre a la possibilité de revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivantes.

La première consultation sera cotée C 2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY.

- 2) Chirurgiens agissant à titre de consultants à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant : C 2.
- 3) 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 : C3. »

06/12/05

Article 18.1. Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique

« Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP, et dans le cadre du parcours de soins coordonnés défini dans le chapitre 1^{er} de la convention médicale, la consultation pré-anesthésique définie aux articles D 712-40 et 41 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. »

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, KC 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 :

- Au chapitre I – Peau et tissu cellulaire sous-cutané :
 - Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique 5
 - Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique 7
 - Si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains 10
 - Ponction d'abcès ou de ganglion 3
- Au chapitre III – Os
 - Ponction biopsique osseuse 5
- Au chapitre IV – Articulations
 - Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :

- toutes articulations sauf la hanche 5
- hanche 10

- 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 3
 - Ponction artérielle percutanée 5

- 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 antimitotiques, quels que soient le ou les produits utilisés :
 - perfusion courte (« bolus »), par séance d'une durée inférieure à six heures 15 E
 - perfusion semi-continue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures 20 E
 - perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt-quatre heures, par séance de vingt-quatre heures 30 E
 - 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 30 E
 - soit un état précaire prolongé nécessitant des soins constants (antalgiques majeurs, équilibre 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 10 E

- 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.) 5

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 Queeckaestock 8

- Le chapitre II – Orbitte – 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 10

Article 3 : Traitement de diverses lésions de la face

Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision
ou drainage filiforme) 10 KC

- 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 KC

Article 5 – Glandes salivaires

Injection de substance de contraste dans les glandes salivaires
(cliché non compris) 15

Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :
ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple 10 KC

Article 6 – Traitement de tumeurs diverses

Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :

- d'une lésion intrabuccale de l'oro-pharynx 5

- d'une lésion intrabuccale de l'hypo-pharynx ou du cavum 10

Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche 15 KC

Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne 5

- 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 (1)

2° Cavité composée, traitement global intéressant deux faces 12 14 (1)

3° Cavité composée, traitement global intéressant trois

faces et plus.	17 20 (1)
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 (1)
- groupe prémolaires	20 24 (1)
- groupe molaires.	34 39 (1)

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

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 KC

- 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 130

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) 4

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 10
- Au chapitre III – Estomac et intestin
Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux 10
Lavage d'estomac 10

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 3
- 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

2° Accouchements et actes complémentaires

Dans les unités d'obstétrique mentionnées au 2° de l'article D 712-84 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 10

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 $\frac{3}{4}$ d'heure :

- moins de 4 ou 5 malades, par malade 3 E
- de 6 ou 8 malades, par malade 2 E
- de 8 ou 9 malades, par malade 1,5 E

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 :

- Le chapitre Ier – Actes d'urgence, le chapitre II. – Réanimation continue, le chapitre III – Hyperbarie thérapeutique sont abrogés.
- 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 5
- Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance 3
- Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance 4

Article 6

- Cathétérisme urétral chez la femme 3
- Cathétérisme urétral chez l'homme 4
- Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme 3
- Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme 4
- Education à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances 3,5
- Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel 4,5
- Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place) 1,25

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 15
- Au chapitre V – Examens utilisant des appareillages spéciaux, Article premier, Radiographie en coupe :
Tomographie, premier plan en coupe 35
Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre 25
Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans 15

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

E) A la Cinquième partie : Nomenclature des actes d'anatomie et de cytopathologie pathologiques

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

0021 : Majoration provisoire P 50

0022 : Majoration provisoire P 100

06/07/07

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.

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**
04/07/06 **auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les masseurs-kinésithérapeutes et pour les médecins.**

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.»

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 8
- atteintes intéressant plusieurs membres 10

Rééducation de l'hémiplégie 9

Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie 11

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 8
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face 10

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 11

Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile 11

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

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

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.

Au Titre III Actes portant sur la tête Chapitre VII.- Dents, Gencives

Section I.- Soins conservateurs

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 8¹
- 2° Cavité composée, traitement global intéressant deux faces 12 14¹
- 3° Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus 17 20¹
- 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

¹ 2^e cotation : dents permanentes des enfants de moins de 13 ans

une gangrène pulpaire (traitement global) :

- Groupe incisivo-canin	14	16 ¹
- Groupe prémolaires	20	24 ¹
- Groupe molaires	34	39 ¹

Pour les actes mentionnés au 4 ci-dessus, les clichés radiographiques, pré-opératoire et post-opératoire, 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 1re et 2e 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.

Sections II.- Soins Chirurgicaux

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

Extraction :

- d'une dent permanente	16 DC
- de chacune des suivantes au cours de la même séance	8 DC

13/12/07

A l'article 2 – Traitement des lésions osseuses et gingivale.

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

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.

Au titre IV « Actes portant sur le cou », chapitre II « Larynx » - article 2 « Rééducation de la voix, du langage et de la parole

1) Supprimer le troisième alinéa du point 2. « Bilan orthophonique d'investigation »

13/12/07

« Si, à l'issue :

- des 50 premières séances pour les rééducations individuelles cotées de 5 à 12,1 ou de groupe,
- des 100 premières séances pour les actes cotés de 13 à 15,

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 oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan ».

2) Remplacer le texte du paragraphe 2 : Rééducation individuelle (entente préalable) par le texte suivant :

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 oeuvre 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	AMO5,1 E
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance.....	AMO8 E
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance.....	AMO8 E
Rééducation de la déglutition atypique, par séance.....	AMO8 E
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance.....	AMO8 E
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance.....	AMO10 E
Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration, par séance.....	AMO10 E
Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance.....	AMO11 E
Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	AMO11 E
Rééducation des anomalies des fonctions orofaciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance.....	AMO10 E
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance.....	AMO11,2 E
Éducation à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme par séance.....	AMO11,1 E
Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance.....	AMO10,1 E
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance.....	AMO10,2 E
Rééducation des troubles de l'écriture par séance.....	AMO10 E
Rééducation des retards de parole des retards du langage oral, par séance.....	AMO12,1 E
Rééducation du bégaiement, par séance.....	AMO12,2 E
Éducation précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance.....	AMO13,6 E
Éducation ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance.....	AMO13,5 E
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale, par séance.....	AMO13,8 E
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme, par séance.....	AMO13,8 E
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance.....	AMO13,8 E
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance.....	AMO12 E

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.

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.

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 oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes.....	AMO14 E
Rééducation du langage dans les aphasies, par séance.....	AMO15,3 E
Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance.....	AMO15,2 E
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance.....	AMO15 E
Démütisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance.....	AMO15,4 E
Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance.....	AMO15,1 E

3) remplacer le texte du paragraphe 3 : Rééducation nécessitant des techniques de groupe (entente préalable) par le texte suivant :

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.

La première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, 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 oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance.....	AMO5 E
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance.....	AMO5 E
Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance.....	AMO5 E
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance.....	AMO5 E
Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance.....	AMO5E
Rééducation du bégaiement, par séance.....	AMO5 E
Éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance.....	AMO5 E
Rééducation des dysphasies, par séance.....	AMO5 E
Rééducation du langage dans les aphasies, par séance.....	AMO5 E
Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance.....	AMO5 E
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance.....	AMO5 E
Démütisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance.....	AMO5 E
Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance.....	AMO5 E

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.

Au Titre III : Actes portant sur la tête, Chapitre VII : Dents, gencives est ajouté la Section IV.

Section IV: Agénésies dentaires multiples.

Article premier. - Conditions de prise en charge par l'assurance maladie chez l'enfant
Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'enfant : oligodontie mandibulaire (agénésie d'au moins 6 dents permanentes à l'arcade mandibulaire, non compris les dents de sagesse) avec pose de 2 implants (voire 4 maximum) uniquement dans la région antérieure mandibulaire, au-delà de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, après échec ou intolérance de la prothèse conventionnelle.
Un protocole de soins doit être établi dans les conditions prévues à l'article L324-1 du code de la Sécurité sociale.

Article 2. - Etape préimplantaire chez l'enfant : bilan avant pose d'implants pré-prothétiques intra-osseux intra-buccaux

Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur	D ou K 17
Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel	D ou K 51
Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire	D ou K 73
Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire	D ou K 49
Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	D ou K 16

Article 3 - Etape implantaire chez l'enfant : pose et dépose d'implants pré-prothétiques intra-osseux intra-buccaux

Le recours à une anesthésie générale peut être nécessaire; dans ce cas le code des actes d'anesthésie figure dans la Classification Commune des Actes Médicaux.

Pose d'implant pré-prothétique intra-osseux intra-buccal :

- le premier implant au cours de la même séance de pose d'implants DC ou KC 210
- chacun des suivants jusqu'au 4ème implant au cours de la même séance de pose d'implants DC ou KC 176

Dégagement et activation d'implant pré-prothétique intra-osseux intra-buccal :

- le premier implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implants DC ou KC 45
- chacun des suivants jusqu'au 4ème implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implants DC ou KC 33

En cas de pose d'implant avec dégagement et activation au cours de la même séance, la cotation du dégagement et de l'activation sera réduite de 50%.

Pose de moyen de liaison sur implants intra-buccaux :

- le premier moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même pose de moyen de liaison DC ou KC 77
- chacun des suivants jusqu'au 4ème moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison. .DC ou KC 71

Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire DC ou KC 9

Ablation d'un implant pré-prothétique intra-osseux intra-buccal avec résection osseuse :

- le premier implant au cours de la même séance d'ablation d'implants DC ou KC 42
- chacun des suivants au cours de la même séance d'ablation d'implants DC ou KC 9

Article 4. -Etape prothétique chez l'enfant: prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire

- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant moins de 9 dents SPR ou PRO 50
- Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant de 9 à 13 dents SPR ou PRO 70
- Pose d'une prothèse amovible complète mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine SPR ou PRO 85
- Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra-implantaire SPR ou PRO 15

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

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

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

Le Titre XI – Actes portant sur l'appareil génital féminin, le contenu du chapitre II -Actes liés à la gestation et l'accouchement, est abrogé pour les sages-femmes et remplacé par :

Section 2 - Actes réalisés par les sages-femmes

1° Accompagnement médical de la grossesse réalisé par la sage femme.

Cet accompagnement comporte la surveillance et le suivi médical du déroulement de la

grossesse, et des activités de prévention et d'éducation pour la santé. Il implique de donner une information à l'occasion de chaque rencontre avec la femme enceinte. Ses objectifs sont de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Examen médical de suivi de grossesse

L'examen médical de suivi de grossesse de la femme, pratiqué au cabinet ou au domicile de la patiente et réalisé par la sage femme, comprend :

- les examens médicaux obligatoires prénatals de la grossesse après identification du risque et l'examen médical postnatal réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement eutocique, mentionnés aux articles R.2122-1 à R.2122-3 du code de la santé publique ;
- les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et/ou du nouveau-né.

L'examen médical prénatal

Chaque consultation doit être structurée et comporter un contenu ciblé selon le stade de grossesse, elles ont notamment en commun :

- une anamnèse ;
- un examen clinique général ;
- un examen obstétrical ;
- un diagnostic avec réévaluation du risque obstétrical ;
- la prescription d'examens biologiques obligatoires ;
- la prescription éventuelle de médicaments et/ou la délivrance de conseils d'hygiène de vie.

L'examen postnatal

Il doit permettre :

- de parler du vécu de la période périnatale ;
- de poursuivre les interventions d'aide et de soutien si nécessaire ;
- de faire un examen gynécologique, d'envisager si nécessaire une rééducation du post-partum, et aborder le mode de contraception souhaité.

Les constatations importantes seront consignées dans le dossier médical afin d'assurer la coordination et la continuité des soins.

La sage-femme, à l'issue des examens médicaux, complète le carnet de grossesse ou de maternité et le cas échéant remplit la déclaration de grossesse.

L'examen médical intercurrent

Cet examen peut survenir à la demande de la femme enceinte, pour l'évaluation d'un besoin supplémentaire, ou lors de la survenue d'un événement non prévisible.

Cet examen comprend un examen clinique et le cas échéant une prescription médicale et/ou la prescription d'examen complémentaire.

Les examens médicaux intercurrents ne peuvent être facturés que s'ils sont réalisés entre le 1er examen médical du suivi de la grossesse et l'accouchement et entre le 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal.

L'examen médical de suivi de grossesse est facturé en CG. Il n'est pas cumulable avec un autre acte inscrit à la nomenclature.

La valeur du CG est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés

mentionnées à l'article 2.

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, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin :

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

Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, 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° Accouchements et actes complémentaires

La cotation de l'accouchement comporte les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance de la mère et de l'enfant en dehors de problèmes pathologiques) pendant le séjour en maternité, du jour de l'accouchement J 1 à J 7 inclus.

- Accouchement simple : 118 SF
- Accouchement gémellaire : 130 SF

Lorsque l'accouchement est pratiqué par une sage-femme, la cotation comprend tous les actes complémentaires nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitoring, comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et,

éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre, la délivrance artificielle ou la révision utérine isolée, la périnéorraphie simple ou suture d'épisiotomie présentant un caractère d'urgence exécutée au cours de l'accouchement. Cette cotation est la même quel que soit le mode de présentation du nouveau-né.

- Surveillance d'un accouchement par une sage-femme avec monitoring d'au moins deux heures, comportant notamment la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre : 40 SF
Lorsque la surveillance et l'accouchement sont réalisés par une ou plusieurs sage(s)-femme(s), la cotation de la surveillance n'est pas cumulable avec celle de l'accouchement.
- Surveillance d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée (décret n° 98 - 900 du 09/10/1998), par vingt-quatre heures : 9 SF

5° Investigation : Prélèvements pour mesure du pH foetal au cours de l'accouchement, quel qu'en soit le nombre : 20 SF

6° Forfait journalier de surveillance en cas de sortie précoce de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J7.

Pour un enfant :

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

Pour deux enfants ou plus :

- pour les deux premiers forfaits : 21 SF
- pour les autres forfaits : 17 SF

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

7° 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.

04/03/08 VII - 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 pédicures-podologues.

A) A la première partie : Dispositions générales

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

Article 4. - Actes de prévention de pédicurie-podologie

Un patient diabétique présentant des pieds à risque de grade 2 ou 3 peut bénéficier de la prise en charge au cabinet du pédicure-podologue d'un forfait de prévention par période d'un an, sous réserve qu'il ait fait l'objet d'une prescription écrite du médecin traitant 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.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique au cabinet du pédicure-podologue, d'une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, par séance	1	POD

La facturation des séances de prévention n'est autorisée que si le pédicure podologue fait état d'une formation spécifique aux soins du patient diabétique en plus de sa formation initiale et si l'environnement d'exécution des soins est conforme au référentiel de moyens prévu à la convention nationale des pédicures-podologues, et défini par la profession.

La facturation, le même jour, pour un même patient, de deux séances de prévention ou d'une séance de prévention et d'un acte de l'article 3 "actes de pédicurie" n'est pas autorisée.

Annexe 1 : Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs (Article III-2 du Livre III)

Code	Libellé	Valeur
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, autres que les omnipraticiens et les pédiatres, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15 €
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 20h à 00h et de 06h à 08h	35,00 €
S	Acte réalisé en urgence par les pédiatres et omnipraticiens de 00h à 06h	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 ou du pédiatre, 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%
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 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%
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	+21,8%
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par 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%
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 1	+100%
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 2	+200%
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 3	+300%
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau 4	+400%

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)

Pour chaque acte de l'association, le médecin 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 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.

▪ 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.*

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 10 % 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 10 % 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 :
- les actes de radiologie conventionnelle, y compris les suppléments autorisés avec ces actes et le guidage radiologique peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes de radiologie ;
 - Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux ou à 1 seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de radiologie conventionnelle	4	100%
Autre acte (1 seul)	4	100%
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100%

- Association d'actes de radiologie conventionnelle 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 de radiologie conventionnelle ou les suppléments, le code association est 1. En effet, le code 4 ne peut pas être employé avec un autre code association.

Les exemples ci-dessus concernent également le guidage radiologique, considéré comme un acte de radiologie conventionnelle.

- les actes d'électromyographie, de mesure des vitesses de conduction, d'étude des latences et des réflexes, figurant aux sous-paragraphes 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 (idem tableau ci-dessus pour les actes de radiologie conventionnelle)
 - 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.
- h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin 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%

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 pendant laquelle a eu lieu la visite de conformité (prévue par l'article l. 712-12 du code de la santé publique).

23/08/07 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

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 Somatom Sensation 4 advanced Somatom Sensation 16 Somatom Volume 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 (Power Package) Somatom Emotion DUO Somatom Emotion DUO (Power package) Somatom Emotion 6	Somatom Sensation 4 Somatom Emotion 6 (Power package) 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

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

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCES ANNUELLES

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre d'actes débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année.

Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement 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.

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

Matériels installés après le 01-01-1997

(modifié par décision du 23/08/2007 - JO du 11/09/2007)

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	3 500	5 700	6 700
Région Parisienne (hors PARIS)	3 200	5 350	6 350
Province	3 000	5 000	6 000

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

(décision du 23/08/2007 - JO du 11/09/2007)

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

2- Imagerie par résonance magnétique

La classification des appareils d'IRM est établie suivant la puissance de l'aimant exprimée en tesla.

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre d'actes débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année

Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement 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.

Seuils d'activité de référence annuelle pour l'ensemble des matériels installés quelle que soit leur date d'installation

Puissance de l'appareil (<i>en tesla</i>)	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T
Activités de référence	3 500	4 000	4 000	4 500

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

(décision du 23/08/2007 - JO du 11/09/2007)

SEUILS des tranches d'activité	SEUIL 1	SEUIL 2
Tous appareils	8 000	11 000

3- Tomographes à Emission 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

L'activité de référence annuelle est de 1000 actes, 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 d'actes débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année.

Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement 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.