

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Décision du 20 mars 2012 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

NOR : AFSX1223865S

Le collège des directeurs,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-1-7 et R. 162-52 ;

Vu les avis de la Haute Autorité de santé en date du 19 janvier 2009, du 2 décembre 2011, du 26 octobre 2011, du 30 décembre 2011, du 13 janvier 2012, du 25 janvier 2012, du 26 janvier 2012, du 27 janvier 2012, du 15 février 2012, du 16 février 2012 et du 21 février 2012 ;

Vu les avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie en date du 7 décembre 2011, du 13 janvier 2012, du 8 février 2012 et du 12 mars 2012 ;

Vu les commissions de hiérarchisation des actes et des prestations des médecins en date du 15 janvier 2009, du 8 juin 2011, du 15 septembre 2011, du 3 octobre 2011, du 9 novembre 2011 et du 15 décembre 2011,

Décide :

De modifier les livres I^{er}, II et III de la liste des actes et prestations adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée comme suit :

Art. 1^{er}. – Le livre I^{er} est ainsi modifié :

A l'article I-14-1 « Actes donnant droit à forfait technique », le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont :

- réalisés par l'utilisation d'équipements matériels lourds dont l'installation est soumise à la délivrance par l'agence régionale de santé d'une autorisation (articles L. 6122-1 et R. 6122-26 du code de la santé publique) donnant droit à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité (article L. 6122-4 du code de la santé publique) ;
- rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil installé versé à l'exploitant de l'appareil. »

Art. 2. – Le livre II est ainsi modifié :

I. – Inscription d'actes :

1^o A la subdivision « 04.02.02.07. Autres actes sur les orifices du cœur », inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
DBLF009	<p>Pose d'une bioprothèse de la valve pulmonaire dans un conduit prothétique, par voie veineuse transcutanée</p> <p><i>Indication :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – correction de dysfonction de la voie d'éjection du ventricule droit : sténose et/ou régurgitation pulmonaire, chez un patient porteur d'un conduit prothétique ou d'une allogreffe pulmonaire entre le ventricule droit et l'artère pulmonaire, de diamètre interne de 16 mm ou plus ; – la pose dans un conduit natif ou chez un patient de moins de 20 kg ne sont pas indiqués. <p><i>Formation : selon avis du 24 novembre 2010 de la Haute Autorité de santé [HAS]</i></p> <p><i>Environnement : selon avis du 24 novembre 2010 de la Haute Autorité de santé [HAS]</i></p>	1	0		

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
	<p><i>Recueil prospectif de données : recueil obligatoire de données supplémentaires spécifiques sur registre</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - par patient et pour l'équipe médicale, hors anesthésie ; - le tarif prend en compte les mesures des pressions cardiovasculaires et les angiographies ; - prise en charge transitoire en attendant la réévaluation de l'acte par la HAS à partir de l'exploitation des données prospectives dont le recueil est obligatoire et sous réserve de remplir l'ensemble des conditions suivantes : - établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; - présence obligatoire dans la salle d'intervention de deux médecins, hors médecin anesthésiste, justifiant d'une formation et d'une expérience dans la pratique d'actes interventionnels, sous imagerie médicale, par voie endovasculaire en cardiologie, pendant toute la durée de l'intervention <p style="text-align: right;"><i>anesthésie</i></p> <p>(GELE001, DZQM003, DZQJ012)</p>	4	0		

2° A la subdivision « 04.04.10.02. Désobstruction de veine », inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
EPJB015 [F, P, S, U]	Evacuation de thrombus de veine superficielle des membres ou du cou, par voie transcutanée	1	0		

3° A la subdivision « 11.01.03. Radiographie de la tête », inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
LAQK027 [E, F, P, U, Z]	<p>Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography][CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire</p> <p><i>Indication : évaluation diagnostique et/ou préopératoire :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - d'atypie anatomique en endodontie ; - de pathologie maxillo-mandibulaire et/ou dento-alvéolaire ; - de pathologie osseuse de l'articulation temporomandibulaire, dans les situations où les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie <p><i>Environnement : respect d'un programme d'assurance qualité incluant des procédures de contrôle de l'équipement, de la réalisation et de la qualité des examens</i></p> <p><i>Formation : spécifique à cet acte en plus de la formation initiale</i></p> <p><i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire chez l'adulte ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i></p>	1	0		

4° A la subdivision « 12.02.02.04. Autres actes thérapeutiques sur les disques intervertébraux », inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
LFKA001 [J, K, 7]	<p>Remplacement d'un disque intervertébral lombaire par prothèse totale, par laparotomie ou lombotomie</p> <p><i>A l'exclusion de : remplacement d'un disque intervertébral cervical par prothèse, par cervicotomie (LDKA900)</i></p> <p><i>Indication : traitement de deuxième intention, de lombalgie discogénique chronique et invalidante, résistante à un traitement médical bien conduit pendant au moins six mois et de préférence un an, avec un disque lombal ou lombosacral symptomatique, chez un adulte de moins de 60 ans</i></p> <p><i>Formation : spécifique à la chirurgie de la colonne vertébrale par laparotomie ou lombotomie et à la pose de prothèse discale</i></p>	1	0	RC	

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
	<p><i>Environnement : conforme aux exigences de qualité et de sécurité selon l'avis du 31 janvier 2007 de la Haute Autorité de santé (HAS), notamment chirurgien vasculaire disponible pendant l'intervention</i></p> <p><i>Recueil prospectif de données : recueil des données et de suivi de cohortes à long terme ; suivi de matériovigilance</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - remplacement par prothèse discale d'un seul disque intervertébral pathologique par intervention ; - prise en charge transitoire en attendant la réévaluation de l'acte par la Haute Autorité de santé à partir de l'exploitation des données prospectives recueillies sur un registre ; - réalisation selon les conditions de l'arrêté du 2 décembre 2011 <p style="text-align: right;"><i>anesthésie</i></p> <p>(GELE001, YYYY012, YYYY146)</p>	4	0	RC	

5° A la subdivision « 14.01.02. Radiographie du membre inférieur », inscrire les actes suivants :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
NAQK071 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie unilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences	1	0		
NAQK049 [B, D, E, F, P, S, U, Y, Z]	Radiographie de la ceinture pelvienne [du bassin] selon 1 incidence et radiographie bilatérale de l'articulation coxofémorale selon 1 ou 2 incidences par côté	1	0		

6° A la subdivision « 17.01.03. Scanographie, sans précision topographique », inscrire les actes suivants :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
ZZQK024 [E, F, P, S, U, Z]	<p>Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, sans injection de produit de contraste</p> <p><i>Indication : bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - pour l'examen conjoint de 3 territoires anatomiques ou plus en dehors des membres ; - ne peut pas être facturé avec un autre acte de scanographie 	1	0		
ZZQH033 [E, F, P, S, U, Z]	<p>Scanographie de 3 territoires anatomiques ou plus, avec injection de produit de contraste</p> <p><i>A l'exclusion de : scanographie du crâne, de son contenu et du tronc, avec injection intraveineuse de produit de contraste (ACQH004)</i></p> <p><i>Indication : bilan diagnostic, d'extension ou de suivi thérapeutique d'affection néoplasique</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - pour l'examen conjoint de 3 territoires anatomiques ou plus en dehors des membres ; - ne peut pas être facturé avec un autre acte de scanographie 	1	0		

II. – Introduction d'une nouvelle subdivision et inscription d'un acte :

1° Après la subdivision « 19.01.13. Anatomocytopathologie », introduire la subdivision suivante : « 19.01.14. Néphrologie » ;

2° A la subdivision « 19.01.14. Néphrologie », inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
YYYY007	Forfait hebdomadaire de prise en charge d'un patient insuffisant rénal en dialyse péritonéale	1	0		

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
	<p>A l'exclusion de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire (JVRP008) ; - Séance d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée (JVRP007) ; - Séance d'épuration extrarénale par dialyse péritonéale pour insuffisance rénale chronique (JVJB001) <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forfait hebdomadaire unique par patient traité dans une unité autorisée pour la dialyse péritonéale ; - pour facturer le forfait de dialyse péritonéale, le patient doit bénéficier des actes et prestations suivants : <ul style="list-style-type: none"> - consultation initiale de mise à domicile ; - consultations de suivi à un rythme au moins trimestriel, y compris les consultations pour affection intercurrente, la télésurveillance des constantes du patient et des paramètres de la dialyse ; - suivi biologique mensuel ; - continuité des soins dans le cadre de l'astreinte assurée par un néphrologue de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-69 du code de santé publique ; - coordination de la prise en charge avec l'équipe paramédicale « Infirmière diplômée d'Etat, diététicienne, psychologue », le médecin traitant et les équipes sociales ; - préparation du dossier en vue de l'inscription sur la liste des patients en attente de greffe, le cas échéant ; - Le forfait est facturé par semaine de traitement, y compris lorsque le patient est hospitalisé au sein d'un établissement de santé pour une durée inférieure à 2 jours. Lorsque le patient est hospitalisé 2 jours ou plus, dans un établissement de santé, le forfait ne peut pas être facturé. <p>Le forfait ne peut pas être facturé lorsque le patient bénéficie d'une autre modalité de prise en charge de dialyse.</p>				

III. – Changement de titre de subdivision, ajout d'une note et inscription d'un acte :

1° Le titre de la subdivision « 04.03.11.08. Pose d'endoprothèse couverte dans l'aorte abdominale et l'artère iliaque commune » est remplacé par : « 04.03.11.08. Pose d'endoprothèse dans l'aorte abdominale et l'artère iliaque commune » ;

2° En tête de la subdivision 04.03.11.08, inscrire la note suivante : « Par anévrisme aortique complexe on entend : anévrisme de l'aorte intéressant les artères viscérales : tronc cœliaque, mésentérique, rénale, caractérisé par l'absence de collet individualisable ou avec un collet anévrisimal de moins de 15 mm de longueur. »

3° A la subdivision 04.03.11.08, inscrire l'acte suivant :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
DGLF012 [A, F, P, S, U]	<p>Pose d'endoprothèse fenêtrée ou multibranche dans l'aorte abdominale pour anévrisme complexe, par voie artérielle transcutanée</p> <p>Indication :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients à haut risque ayant un anévrisme aortique complexe abdominal juxtarénal, pararénal, suprarénal, associé ou non à un anévrisme de l'artère iliaque commune distale, ou thoraco-abdominal de type IV, d'indication chirurgicale ; - avec évaluation morphologique préopératoire favorable à la mise en place d'une endoprothèse fenêtrée ou multibranche <p>Formation : selon avis du 29 octobre 2008 de la Haute Autorité de santé [HAS]</p> <p>Environnement : selon avis du 29 octobre 2008 de la Haute Autorité de santé [HAS]</p> <p>Recueil prospectif de données : recueil de données supplémentaires spécifiques</p> <p>Facturation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne peut pas être facturé pour des patients ayant un anévrisme aortique complexe thoracique et thoracoabdominal de type I, II et III ; - établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie <p>(GELE001)</p>	1	0		
		4	0		

IV. – Ajout et modification de notes de subdivision :

1° A la subdivision « 04. Appareil circulatoire », ajouter la note suivante :

« Par acte sur un vaisseau, par voie transcutanée, on entend : acte réalisé par ponction transcutanée du vaisseau ou par incision du vaisseau. »

2° A la subdivision « 08.08. Epuration extrarénale », la note :

« A l'exclusion de : épuration extrarénale par :

- autodialyse ;
- dialyse à domicile »,

est remplacée par la note suivante :

« A l'exclusion de : épuration extrarénale par :

- autodialyse ;
- hémodialyse à domicile. »

3° A la subdivision « 17.01.03. Scanographie, sans précision topographique », ajouter la note suivante :

« Par territoire anatomique, on entend : tête, cou, thorax, abdomen, pelvis, membres. »

V. – Ajout et modification de notes :

1° A la subdivision « 04.01.03.01. Echographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques [Echocardiographie] » :

a) La note de facturation suivante : « transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques » est supprimée ;

b) Les notes de facturation suivantes sont ajoutées aux actes suivants :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
DZQM006 [F, P, S, U]	Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques <i>Avec ou sans : épreuve pharmacodynamique</i> <i>Facturation : la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) ne peut pas être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (DAQM900, DZQJ900)</i>	1	0		
DZQJ009	Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon <i>Avec ou sans : effort bloqué d'expiration forcée [manœuvre de Valsalva]</i> <i>Indication : recherche de communication [shunt] droite-gauche</i> <i>Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (DAQM900, DZQJ900)</i>	1	0		
DZQJ001 [F, P, S, U]	Echographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie œsophagienne [Echocardiographie-doppler transœsophagienne] <i>Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)</i>	1	0		
DZQJ011	Echographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, par voie œsophagienne [Echocardiographie-doppler transœsophagienne] <i>Avec ou sans : effort bloqué d'expiration forcée [manœuvre de Valsalva]</i> <i>Indication : recherche de communication [shunt] droite-gauche</i> <i>Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques</i>	1	0		

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
	(DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)				
DZQJ008 (F, P, S, U)	Echographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie œsophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)	1	0		
DZQJ010	Echographie-doppler transthoracique et échographie-doppler par voie œsophagienne du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, avec injection intraveineuse de produit de contraste ultrasonore ne franchissant pas le poumon Avec ou sans : effort bloqué d'expiration forcée [manœuvre de Valsalva] Indication : recherche de communication [shunt] droite-gauche Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (DAQM900, DZQJ900, ZZLP025)	1	0		
DZQM005 (F, P, S, U)	Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques, au lit du malade Indication : patient en salle d'urgences, réanimation, USI, USIC (DAQM900, DZQJ900)	1	0		
DZQJ006	Echographie-doppler du cœur et des vaisseaux intrathoraciques par voie œsophagienne, au lit du malade Avec ou sans : échographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques Indication : patient en salle d'urgences, réanimation, USI, USIC Facturation : transitoirement, la réalisation de l'électrocardiographie sur au moins 12 dérivations (DEQP003) peut être facturée en sus de l'échographie du cœur et des vaisseaux intrathoraciques (DAQM900, DZQJ900)	1	0		

2° Aux subdivisions concernées suivantes, des notes ainsi rédigées sont ajoutées aux actes suivants :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
	07.01.04.01 Radiographie de la bouche				
HBQH005 (E, Z)	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 1 ou 2 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	0		
HBQH004 (E, Z)	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 3 à 5 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	0		
HBQH002 (E, Z)	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 6 à 8 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	0		
HBQH001 (E, Z)	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 9 à 11 incidences Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	0		

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
HBQH003 [E, Z]	Radiographie intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire selon 12 incidences ou plus <i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>	1	0		
HBQK001 [E, Z]	Radiographie pelvibuccale [occlusale] <i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implants intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>	1	0		
HBQK002 [E, Z]	Radiographie panoramique dentomaxillaire <i>Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare</i>	1	0		
	11.01.03 Radiographie de la tête				
LAQK012 [E, Z]	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 1 incidence <i>Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.</i>	1	0		
LAQK001 [E, Z]	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 2 incidences <i>Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.</i>	1	0		
LAQK008 [E, Z]	Téléradiographie du crâne et du massif facial selon 3 incidences <i>Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.</i>	1	0		
	15.01.02 Radiographie de l'appareil ostéoarticulaire et musculaire, sans précision topographique				
PAQK002 [Y, Z]	Radiographie du squelette pour calcul de l'âge osseux, après l'âge de 2 ans <i>Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire</i>	1	0		

3° A la subdivision « 04.02.02.07. Autres actes sur les orifices du cœur », les notes des actes suivants sont ainsi modifiées :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
DBLF001 [A]	Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée <i>Avec ou sans : injection de produit de contraste</i> <i>Indication : patient présentant une sténose aortique sévère symptomatique pour lequel la chirurgie de remplacement valvulaire aortique a été estimée comme contre-indiquée en réunion multidisciplinaire en raison des comorbidités et des scores de risque opératoire : European System for Cardiac Operative Risk Evaluation [Logistic Euroscore] ≥ 20 % et/ou score Society of Thoracic Surgeons [STS] ≥ 10 %</i> <i>Formation : selon l'avis de la Haute Autorité de santé [HAS] du 26 octobre 2011</i> <i>Environnement : selon l'avis de la Haute Autorité de santé [HAS] du 26 octobre 2011</i> <i>Recueil prospectif de données : nécessaire, selon l'avis de la Haute Autorité de santé [HAS] du 26 octobre 2011</i> <i>Facturation :</i> - par patient et pour l'équipe médico-chirurgicale, en dehors de l'activité d'anesthésie ; - le tarif prend en compte la mesure des pressions du cœur gauche et de l'aorte, par voie artérielle transcutanée ; l'éventuelle pose de sonde d'électrostimulation cardiaque ;	1	0		

	<ul style="list-style-type: none"> - prise en charge sous réserve de remplir l'ensemble des conditions suivantes : - compte rendu de la consultation multidisciplinaire annexé au dossier médical du patient ; - établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; - établissement de santé répondant aux critères définis par arrêté ministériel ; - présence obligatoire pendant la durée de l'intervention de deux intervenants qualifiés, hors médecin anesthésiste, dont : <ul style="list-style-type: none"> - au moins un cardiologue interventionnel pour l'abord fémoral ; - au moins un chirurgien cardiovasculaire et thoracique ou un chirurgien vasculaire pour l'abord sous-clavier ; - disponibilité pendant la durée de l'intervention : <ul style="list-style-type: none"> - d'un cardiologue échographiste et d'un chirurgien cardiovasculaire et thoracique ou d'un chirurgien vasculaire pour l'abord fémoral ; - d'un cardiologue échographiste et d'un cardiologue interventionnel pour l'abord sous-clavier <p style="text-align: right;">anesthésie</p> <p>(DZQJ012, GELE001)</p>	4	0		
DBLA004 [A]	<p>Pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC</p> <p><i>Avec ou sans : injection de produit de contraste</i></p> <p><i>Indication : patient présentant une sténose aortique sévère symptomatique pour lequel la chirurgie de remplacement valvulaire aortique a été estimée comme contre-indiquée en réunion multidisciplinaire en raison des comorbidités et des scores de risque opératoire : European System for Cardiac Operative Risk Evaluation [Logistic Euroscore] ≥ 20 % et/ou score Society of Thoracic Surgeons [STS] ≥ 10 %, et pour lequel l'abord artériel transcutané n'a pas été retenu en réunion multidisciplinaire</i></p> <p><i>Formation : selon l'avis de la Haute Autorité de santé [HAS] du 26 octobre 2011</i></p> <p><i>Environnement : selon l'avis de la Haute Autorité de santé [HAS] du 26 octobre 2011</i></p> <p><i>Recueil prospectif de données : nécessaire, selon l'avis de la Haute Autorité de santé [HAS] du 26 octobre 2011</i></p> <p><i>Facturation :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - par patient et pour l'équipe médico-chirurgicale, en dehors de l'activité d'anesthésie ; - le tarif prend en compte la mesure des pressions du cœur gauche et de l'aorte, par voie artérielle transcutanée ; l'éventuelle pose de sonde d'électrostimulation cardiaque ; - prise en charge sous réserve de remplir l'ensemble des conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> - compte rendu de la consultation multidisciplinaire annexé au dossier médical du patient ; - établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité de chirurgie cardiaque et d'une autorisation d'activité interventionnelle sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie ; - établissement de santé répondant aux critères définis par arrêté ministériel ; - présence obligatoire pendant la durée de l'intervention de deux intervenants qualifiés, hors médecin anesthésiste, dont au moins un chirurgien cardiovasculaire et thoracique ; - disponibilité pendant la durée de l'intervention d'un cardiologue échographiste et d'un cardiologue interventionnel <p style="text-align: right;">anesthésie</p> <p>(DZQJ012, GELE001)</p>	1	0		
		4	0		

VI. – Changement de titre de subdivision et changement de subdivision d'un acte :

L'acte suivant est supprimé de la subdivision « 02.01.03. Radiographie de l'œil » et inscrit à la subdivision 02.01.05 dont le titre « Scintigraphie des voies lacrymales » est remplacé par « Autres actes d'imagerie de l'œil » :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
BZQK001 [F, P, S, U]	Tomographie de l'œil par scanographie à cohérence optique	1	0		

VII. – Suppression d’actes :

A la subdivision « 04.04.10.02. Désobstruction de veine », supprimer les actes suivants :

CODE	TEXTE	ACTIVITÉ	PHASE	REMBOURSEMENT sous conditions	ACCORD préalable
EPJB001 [F, P, S, U]	Evacuation de thrombus veineux d’un membre, par voie transcutanée (ZZLP025)	1	0		
EFFA003 [F, P, S, U]	Thrombectomie de veine superficielle des membres ou du cou, par abord direct (EZQH004, YYYY105, YYYY300, ZZHA001, ZZLP025, ZZQA003)	1	0		

Art. 3. – Le livre III est ainsi modifié :

1° A l’article III-3 B, 2.e, les mots : « 50 % » sont remplacés par les mots : « 75 % ».

2° A l’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 la première partie dispositions générales, l’article 14.4.2 est ainsi modifié :

« Le troisième alinéa de l’article 14.4.2 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

3° A l’article III-4 (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 :

A la troisième partie : nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes, au titre I^{er}, Actes de radiodiagnostic :

a) Au chapitre II « actes de radiodiagnostic portant sur le squelette », à l’article 3 « Tête », les notes suivantes sont ajoutées aux actes concernés suivants :

Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique) Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d’implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d’agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	16	Z
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique) : Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.		
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.	15	Z
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.	20	Z
Examens intrabuccaux : Premier cliché d’un examen radiographique intrabuccal rétroalvéolaire, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d’une même séance de diagnostic ou de traitement Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d’implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d’agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	4	Z
Deuxième cliché et suivants d’un examen radiographique intrabuccal rétroalvéolaire, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d’une même séance de diagnostic ou de traitement Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d’implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d’agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	1	Z

Bilan complet en téléradiographie intrabuccale (status), au cours d'une même séance, quel que soit le nombre de clichés rétroalvéolaires ou rétrocoronaires Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	56	Z
Examen radiographique intrabuccal à images numérisées par capteur, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	6	Z

b) Au chapitre IV « Examen divers », la note suivante est ajoutée à l'acte concerné suivant :

Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire	15	Z
--	----	---

4° A l'article III-4, introduire une partie X ainsi rédigée :

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

L'article 13 est remplacé par les dispositions suivantes :

“Art. 13. – Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade.

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

“A. – Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD).

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

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

“B. – Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

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

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

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

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

“C. – Indemnité horokilométrique (IK)

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

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

“L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, KC, Z, CG, SP, SF, SFI, AMS,

AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMP, POD, AMO et AMY de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

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

“Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes. En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus ;

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

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

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

5° L'annexe 2 de la liste des actes et prestations est ainsi modifiée :

Au paragraphe 2.e, les mots : « 50 % » sont remplacés par les mots : « 75 % » ;

6° L'annexe 3 de la liste des actes et prestations est ainsi modifiée :

I. – Au 1, Scanographie :

a) Dans la partie « Classification des appareils », les mots : « pendant laquelle a eu lieu la visite de conformité (prévue par l'article L. 6122-4 du code de la santé publique). » sont remplacés par les mots : « de la date effective de mise en service de l'appareil (conformément à l'article D. 6122-38 du code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du code de la santé publique au directeur général de l'agence régionale de santé). »

b) Dans la partie « Activités de références annuelles », au deuxième alinéa, les mots : « Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année » sont remplacés par les mots : « Lorsque la mise en service effective de l'appareil a lieu en cours d'année ».

II. – Le 2, Imagerie par résonance magnétique, est remplacé par les dispositions suivantes :

Classification des appareils

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

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

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

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

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

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

- sur les caractéristiques de l'aimant principal et des bobines de gradient ;
- sur les caractéristiques des antennes et en particulier des antennes réceptrices. (Les antennes réceptrices sont en règle générale composées de plusieurs bobines permettant d'augmenter le rapport signal/bruit et

d'accéder à des techniques d'acquisition parallèles [gain de temps par correction des artefacts par un logiciel *ad hoc*].) Les antennes sont alors adaptées à la forme anatomique de la région explorée afin de récupérer le signal au plus près du patient.

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

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

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

Détails de certaines caractéristiques :

- tunnel de 60 cm ;
- gradient : intensité = 30 mT/m ; vitesse = de 100 à 150 T/m/s ;
- nombre de chaînes de radiofréquence (convertisseurs Analogique/numériques) = 8 ;
- options de base *non proposées* dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus ;
- surface dédiée à l'appareil = 30 m².

La configuration comprend également une seconde console de traitement.

Les appareils IRMs « spécialisés en ostéo-articulaire » doivent répondre aux spécifications techniques citées supra et aux dénominations commerciales ci-dessous :

**Appareils IRM « spécialisés en ostéo-articulaire »
installés à partir du 1^{er} janvier 2012**

CONSTRUCTEUR	DÉNOMINATION COMMERCIALE DES APPAREILS
GE HEALTHCARE	MR 355 et MR 360
HITACHI France	ECHELON
PHILIPS HEALTHCARE	ACHIEVA
SIEMENS HEALTHCARE	ESSENZA, AVANTO
TOSHIBA MEDICAL France	VANTAGE, TITAN

Source : SNITEM.

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

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

- antennes genou, cheville, pied ;
- antennes de surface dédiées aux articulations distales : main, doigts, poignet, coude.

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

Ces appareils disposent d'un tunnel d'une dimension très inférieure à celle d'un appareil IRM 1,5 T « polyvalent » ou « spécialisé en ostéo-articulaire », d'un nombre beaucoup moins important de chaînes de radiofréquence (voire d'une seule) et nécessitent une surface dédiée à l'appareil beaucoup moins grande.

La configuration comprend également une seconde console de traitement.

**Appareils IRM « dédiés aux examens ostéo-articulaires
des membres » installés à partir du 1^{er} janvier 2012**

CONSTRUCTEUR	DÉNOMINATION COMMERCIALE des appareils
GE HEALTHCARE	Optima MR. 430s (*)

(*) Détails de certaines caractéristiques :

- tunnel de 18 cm ;
- gradient : intensité = 70 mT/m ; vitesse = 200 T/m/s ;
- nombre de chaînes de radiofréquence (convertisseurs Analogique/numériques) = 1 ;
- options de base non proposés dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus, diffusion/perfusion ;
- surface dédiée à l'appareil = 10 m².

Activités de références annuelles

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

Lorsque la mise en service effective (conformément à l'article D. 6122-38 du code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du code de la santé publique au directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

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**

CLASSE d'appareils	< 0,5 T	0,5 T	> 0,5 T et 1,5 T <	1,5 T Polyvalent	1,5 T dédié aux membres	1,5 T spécialisé ostéo- articulaire	> 1,5 T
Activités de référence (forfaits)	3 500	4 000	4 000	4 500	4 500	4 500	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

Art. 4. – Les tarifs des actes nouveaux sont les suivants :

CODE	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
DBLF009	1	0	2 757,95
	4	0	647,17

CODE	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
LAQK027	1	0	72,66
LFKA001	1 4	0 0	850,80 252,80
NAQK071	1	0	23,47
NAQK049	1	0	31,29
ZZQK024	1	0	75,81
ZZQH033	1	0	75,81
YYYY007	1	0	56
DGLF012	1 4	0 0	1693,09 442,40
EPJB015	1	0	23,51

Art. 5. – Les tarifs des actes suivants sont ainsi modifiés :

CODE	ACTIVITÉ	PHASE	TARIF (en euros)
BFGA002	4	0	112,60
BFGA004	4	0	111,00
BFGA006	4	0	112,90

Art. 6. – La présente décision prend effet à compter du trentième jour suivant la date de sa publication au *Journal officiel*.

Fait le 20 mars 2012.

Le collège des directeurs :

*Le directeur général de l'Union nationale
des caisses d'assurance maladie,*
F. VAN ROEKEGHEM

*Le directeur de la Caisse centrale
de la mutualité sociale agricole,*
M. BRAULT

*Le directeur de la Caisse nationale
du régime social des indépendants,*
S. SEILLER