

LISTE DES ACTES ET DES PRESTATIONS

Livres I et III modifiés par les Décisions UNCAM suivantes

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

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

Décision du 25 septembre 2013	JO du 27 novembre 2013
Décision du 26 novembre 2013	JO du 23 janvier 2014
Décision du 17 décembre 2013	JO du 8 février 2014
Décision du 15 octobre 2013	JO du 8 décembre 2013
Décision du 17 décembre 2013	JO du 20 février 2014
Décision du 18 avril 2014	JO du 24 juin 2014
Décision du 24 juin 2014	JO du 28 août 2014
Décision du 16 juillet 2014	JO du 24 septembre 2014
Décision du 21 juillet 2014	JO du 30 septembre 2014
Décision du 9 septembre 2014	JO du 18 novembre 2014
Décision du 31 mars 2015	JO du 2 juin 2015
Décision du 24 avril 2015	JO du 24 juin 2015
Décision du 17 juin 2015	JO du 21 août 2015
Décision du 2 juillet 2015	JO du 13 octobre 2015
Décision du 10 septembre 2015	JO du 27 novembre 2015
Décision du 12 mai 2016	JO du 19 juillet 2016
Décision du 16 janvier 2017	JO du 12 février 2017
Décision du 21 février 2017	JO du 22 mars 2017
Décisions du 23 février 2017	JO du 27 avril 2017
Décision du 24 mars 2017	JO du 17 juin 2017
Décision du 28 février 2017	JO du 27 juin 2017
Décision du 4 juillet 2017	JO du 16 septembre 2017
Décision du 24 juillet 2017	JO du 15 septembre 2017
Décision du 21 juillet 2017	JO du 6 octobre 2017
Décision du 21 juin 2017	JO du 12 septembre 2017
Décision du 7 septembre 2017	JO du 27 octobre 2017

Décision du 27 septembre 2017	JO du 1^{er} décembre 2017
Décision du 27 octobre 2017	JO du 31 décembre 2017
Décisions du 24 janvier 2018	JO du 21 mars 2018
Décision du 12 mars 2018	JO du 23 mai 2018
Décision du 16 avril 2018	JO du 13 juin 2018
Décision du 23 avril 2018	JO du 14 juin 2018
Décision du 28 mai 2018	JO du 29 juin 2018
Décision du 10 juillet 2018	JO du 24 juillet 2018
Décision du 10 juillet 2018	JO du 28 août 2018
Décision du 26 juillet 2018	JO du 19 septembre 2018
Décisions du 6 novembre 2018	JO du 19 décembre 2018
Décision du 6 novembre 2018	JO du 24 janvier 2019
Décision du 20 décembre 2018	JO du 16 février 2019
Décision du 18 décembre 2018	JO du 16 février 2019
Décision du 31 janvier 2019	JO du 18 avril 2019
Décision du 7 mai 2019	JO du 2 juillet 2019
Décision du 18 juillet 2019	JO 8 septembre 2019
Décision du 18 juillet 2019	JO 11 septembre 2019
Décision du 3 octobre 2019	JO 27 novembre 2019
Décision du 3 octobre 2019	JO 29 novembre 2019
Décision du 8 janvier 2020	JO 8 février 2020
Décision du 13 février 2020	JO 9 avril 2020
Décision du 4 mars 2020	JO 25 mars 2020
Décision du 28 mai 2020	JO du 7 juillet 2020
Décision du 29 avril 2020	JO du 28 août 2020
Décision du 6 octobre 2020	JO du 2 décembre 2020

Décision du 29 septembre 2020	JO du 2 décembre 2020
Décision du 12 novembre 2020	JO du 14 janvier 2021
Décision du 3 décembre 2020	JO du 28 janvier 2021
Décision du 4 mars 2021	JO du 12 mai 2021
Décision du 30 juin 2021	JO du 30 juin 2021
Décision du 2 décembre 2021	JO du 31 décembre 2021
Décision du 7 décembre 2021	JO du 5 janvier 2022
Décision du 13 janvier 2022	JO du 17 février 2022
Décision du 13 janvier 2022	JO du 18 mars 2022
Décision du 20 avril 2022	JO du 31 mai 2022
Décision du 28 mars 2022	JO du 30 juin 2022
Décision du 16 juin 2022	JO du 24 juillet 2022
Décision du 29 septembre 2022	JO du 3 novembre 2022
Décision du 8 février 2023	JO du 16 mars 2023
Décision du 12 mai 2023	JO du 14 mai 2023
Décision du 13 avril 2023	JO du 25 mai 2023
Décision du 7 août 2023	JO du 17 août 2023
Décision du 8 août 2023	JO du 17 août 2023
Décision du 6 septembre 2023	JO du 28 septembre 2023
Décision du 25 septembre 2023	JO du 24 octobre 2023
Décision du 15 janvier 2024	JO du 24 janvier 2024
Décision du 14 décembre 2023	JO du 8 février 2024
Décision du 22 décembre 2023	JO du 28 février 2024
Décision du 28 juin 2024	JO du 12 juillet 2024
Décision du 29 octobre 2024	JO du 30 novembre 2024
Décision du 27 novembre 2024	JO du 24 décembre 2024

Décision du 19 décembre 2024	JO du 27 décembre 2024
Décision du 19 mars 2025	JO du 8 avril 2025
Décision du 22 mai 2025	JO du 10 juillet 2025
Décision du 14 octobre 2025	JO du 18 octobre 2025
Décision du 7 novembre 2025	JO du 4 décembre 2025
Décision du 21 janvier 2026	JO du 13 février 2026
Décision du 11 mars 2026	JO du 4 avril 2026
Décision du 2 juin 2026	JO du 20 juin 2026

Livre Premier : Dispositions générales

Article I-1

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

Article I-2

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

Article I-3 **Codage**

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

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

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

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

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

l'article I-11.

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

Article I-4 **Prise en charge**

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

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

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

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

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

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

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

3. Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par l'assurance maladie, l'absence de réponse, pendant plus de quinze jours de l'organisme, sur la demande de prise en charge équivaut à un accord. Dans ce cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à

l'organisme d'assurance maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

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

17/06/15 Lorsqu'il y a urgence manifeste, le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme dispense l'acte mais remplit néanmoins la demande d'accord préalable en portant la mention : « acte d'urgence ».

- 20/12/18** 5. Les demandes d'accord préalable pour les prestations justifiant d'un motif de santé publique doivent se faire sous format dématérialisé sauf mention expresse de voie postale. Les demandes d'accord préalable pour les actes du sous paragraphe 07.03.02.09 de la CCAM doivent se faire exclusivement de manière dématérialisée. Les conditions de mise en œuvre sont précisées à l'article 7 « accord préalable » de la partie 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.

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.

17/06/15 Il est réalisé et signé par le médecin ou la sage-femme ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

15/10/13 Pour l'application de l'article I-4, les actes effectués par le chirurgien-dentiste sont consignés dans le dossier du patient. La tenue de ce dossier doit respecter les recommandations établies par la HAS. Il peut être adressé au contrôle médical sur sa demande.

Article I-6 Acte global

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

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

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

- 17/06/15** correspond un code activité et un tarif qui ne peut être tarifé qu'une seule fois.
- 15/10/13** Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes participent à sa réalisation.
- 17/06/15**
- 15/10/13** Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes différents.
- 17/06/15**
- La liste prévoit que des actes peuvent être réalisés en plusieurs phases distinctes dans le temps. Dans ce cas, chaque phase est décrite. A chacune d'entre elles correspondent un code phase de traitement et un tarif qui doit être facturé le jour de sa réalisation.
- 09/09/14** Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés, sauf dérogations. Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.
- 15/10/13** Pour un acte chirurgical non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin ou le chirurgien-dentiste qui le réalise :
- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;
 - la période perinterventionnelle ;
 - la période postinterventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non.
- Si durant les quinze jours mentionnés ci-dessus, une seconde intervention, rendue nécessaire par une modification de l'état du patient ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période de quinze jours, annulant le temps restant à courir.

Article I-7

Anesthésie-réanimation

- 15/10/13** L'anesthésie-réanimation générale ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite.
- Les gestes d'anesthésie-réanimation sont signalés par le code principal de l'acte complété par le code activité «4» mentionné à l'article I-3 qui décrit l'activité spécifique d'anesthésie-réanimation, auquel correspond le tarif du geste d'anesthésie.
- 23/08/07** Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation de l'anesthésie complémentaire de l'acte, qui est indiquée en regard de celui-ci, ou, si aucune n'est indiquée, de l'anesthésie générale ou loco-

régionale complémentaire de niveau 1 (ZZLP025). Les libellés de ces anesthésies sont regroupés dans un chapitre spécifique. Ces gestes d'anesthésie peuvent être codés et facturés pour les actes relevant de l'article III-1 du Livre III : Dispositions diverses.

09/09/14
08/01/20

Par dérogation à l'article I-6, le guidage échographique pour anesthésie locorégionale périphérique du cou, du sein et de la paroi thoracique, de la paroi abdominale ou de membre , ou pour anesthésie rachidienne des patients dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égal à 30kg/m² (AHQJ021) et le supplément pour récupération peropératoire de sang (YYYY041) peuvent être codés et tarifés bien qu'ils ne soient pas mentionnés en regard des actes auxquels ils peuvent s'appliquer.

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

1. celles pour lesquelles la présence permanente du médecin anesthésiste est obligatoire pendant toute la phase perinterventionnelle, c'est à dire l'induction, la surveillance, le réveil ;
2. ceux pour lesquels 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.

09/07/09

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. 6124-27 et D. 6124-107 du code de la santé publique, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

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

18/12/18

Article I-7-1 Acte dentaire

08/01/20

Par dérogation à l'article I-6, le supplément pour actes bucco-dentaires réalisés par les chirurgiens-dentistes, par les médecins stomatologistes et par les médecins spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale de ville, pour prise en charge d'un enfant handicapé présentant un handicap mental et/ou psychique sévère, dont les personnes qui en assument la charge sont bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé [AEEH] ou pour prise en charge d'un patient bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap [PCH], peut être codé et tarifé bien qu'il ne soit pas mentionné en regard des actes dentaires auxquels il peut s'appliquer.

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

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

Article I-9 **Modificateurs**

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

Article I-10 **Actes identiques**

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

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

18/01/10
17/12/13

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

Article I-11 **Association**

15/10/13
17/06/15

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article III-3 du Livre III.

Article I-12

Règles d'incompatibilités

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

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

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

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

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

Article I-13

Conventions d'écriture des libellés

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

exactement la totalité des gestes effectués au cours de son acte.

D) La conjonction «et»

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

E) La conjonction «ou»

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

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

G) Ponctuation

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

H) Notes d'utilisation

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

Ces notes peuvent être :

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

Par ailleurs, dans les notes :

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

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

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

Article I-14-1

Actes donnant droit à forfait technique

26/07/18

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

- réalisés par l'utilisation d'équipements matériels lourds dont l'installation est soumise à la délivrance par l'agence régionale de santé d'une autorisation (articles L. 6122-1 et R. 6122-

26 du code de la santé publique) donnant droit à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux, sous réserve du résultat positif d'une visite de conformité (article L. 6122-4 du code de la santé publique) ;

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

Le montant du forfait technique peut varier en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé, de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence.

Au-delà de ce seuil d'activité de référence, 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.

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

17/09/08

Article I-14-2

Actes donnant droit à autres forfaits

28/09/11

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

Article I-15

Remboursement pour pathologie inhabituelle

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

Livre III : Dispositions diverses

Article III-1

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

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

Article III-2

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

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

- Urgence : Réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 08 heures, le dimanche ou un jour férié, et de 8 heures à 20 heures pour la réalisation d'un acte dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale 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.

27/09/17

- Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organe, de 8h à 20h, par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale disposant d'une autorisation de service d'urgence délivrée par l'ARS, ou pour un patient non transférable : le code est O.

- Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes entre 20 h et 08 h et acte réalisé en urgence par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et minuit : le code est U.

24/01/18

- Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les médecins généralistes et les sages-femmes de 20h à 00h : le code est P.
- Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes et les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les

médecins des autres spécialités, la nuit de 00h à 08h et acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes ou les pédiatres entre 00h et 08h : le code est S.

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

17/06/15 • Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence d'un patient : le code est M.

18/09/19 Facturation : par exception, le modificateur s'applique pour la suture de plaie réalisée en urgence par un médecin généraliste ou un pédiatre, au domicile du patient.

- 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.

15/01/24
27/11/24 • Majoration pour réalisation de soins conservateurs chez un patient âgé de 1 à 26 ans ; le code est 9.

Facturation : ce modificateur s'applique exclusivement à la liste des soins conservateurs éligibles, définie dans les conventions nationales en vigueur des chirurgiens-dentistes et des médecins

➤ Chirurgie itérative :

- Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 6.
- Intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 6.
- Intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 6.

- Anesthésie pour une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 8.
- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 8.
- Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 8.

- Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur des plaies ou brûlures de la face ou des mains ; ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant : le code est R.
- Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte, en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est L.
Cette majoration couvre le parage ou la suture de plaie qui ne peuvent donc pas être facturés avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse.

- Majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ; le code est J.
Cette majoration concerne les actes de chirurgie générale, digestive, orthopédique-traumatologique, vasculaire, cardio-thoracique et vasculaire, urologique, pédiatrique, gynécologique et de neurochirurgie. Sont également concernés les actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et de chirurgie réparatrice par lambeaux, communs à plusieurs spécialités ainsi que les actes de chirurgie otologique (y compris la plastie d'oreilles décollées), de méatotomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie.

27/04/06

23/02/17

- Majoration forfait modulable pour les actes d'accouchements et pour les actes ayant droit au modificateur J cité ci-dessus ; le code est K ou T.

06/11/18

29/10/24

- a) Le code est K quand cette majoration concerne :
 - les actes d'accouchement réalisés par les sages-femmes
 - les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues-obstétriciens et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique [OPTAM-ACO] définie dans la convention médicale en vigueur
 - les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale définie dans la convention dentaire.

Par dérogation, les chirurgiens et les gynécologues-obstétriciens autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S) et pour les actes dispensés en urgence, à tarifs opposables.

18/12/18

29/10/24

- b) Le code est T quand cette majoration concerne :
 - les chirurgiens conventionnés, autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens de la convention en vigueur dès lors qu'ils adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) de la convention précitée ;
 - les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues obstétriciens conventionnés

autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des articles 38-1 et 38-2 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 dès lors qu'ils adhèrent à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants.

29/10/24

- Majoration pour les actes d'anesthésie ; le code est 3
Les actes d'anesthésie réalisés par les anesthésistes en secteur à honoraires opposables n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis dans la convention médicale en vigueur.

Les actes d'anesthésie réalisés par les anesthésistes en secteur à honoraires différents ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-ACO tels que définis dans la convention médicale en vigueur

Par dérogation :

les anesthésistes autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] dans la convention médicale en vigueur, peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S) ou pour les actes dispensés en urgence.

- 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.

08/01/20

- Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, sans cathéter périnerveux ou rachidien ; le code est 4.
- Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, avec cathéter périnerveux ou rachidien ; le code est 5.

08/01/20

21/02/17

- 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, pneumologue ou un rhumatologue ; le code est Y.

03/10/19

- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue ; le code est Z.
Les modificateurs Y et Z sont exclusifs l'un de l'autre.
- 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.

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

15/10/13

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

Article III-3

21/03/13

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

Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

29/10/24

1. le cumul à 100 % des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues,
2. le cumul à 100% 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 à 100% des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : la consultation (visite) de référence ou coordonnée ou avec ceux des honoraires de surveillance définis à l'article 20 de la NGAP. 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 à 100 % 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.

**24/03/17
28/05/20**

5. le cumul à 100% des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations de la HAS en vigueur.

6. le cumul à 50% des honoraires d'un des actes de biopsie suivants avec ceux de la consultation :

QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct

QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct

BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière

CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
HAHA002 : Biopsie de lèvre
QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
JHHA001 : Biopsie du pénis
JMHA001 : Biopsie de la vulve

29/10/24

7. des honoraires de surveillance définis à l'article 20 de la NGAP avec les actes d'échographie ;

8. le cumul à 100% des honoraires de l'acte d'échographie transcutanée de la glande thyroïde (KCQM001) avec ceux de la consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable pour les endocrinologues ;

9. pour les médecins rhumatologues, les médecins généralistes et les médecins spécialistes en médecine physique et de réadaptation, le cumul à 100% des honoraires des actes suivants avec ceux de la consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable :

LHLB001 : Infiltration thérapeutique d'articulation vertébrale postérieure, par voie transcutanée sans guidage

MZJB001 : Évacuation de collection articulaire du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage

MZHB002 : Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage

MZLB001 : Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre supérieur, par voie transcutanée sans guidage
NZJB001 : Évacuation de collection articulaire du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage

NZHB002 : Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage

NZLB001 : Injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage

10. pour les médecins gynécologues médicaux et obstétricaux et les médecins généralistes, le cumul à 100% des honoraires des actes suivants avec ceux de la consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable :

JKLD001 : Pose d'un dispositif intra-utérin

JKKD001 : Changement d'un dispositif intra-utérin

JKGD001 : Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale

11. le cumul à 100% des honoraires de l'acte de mesure de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée, avec enregistrement [Spirométrie standard]

(GLQP012) avec ceux de la consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable pour les pneumologues et les médecins généralistes, dans le cadre du dépistage de la BPCO pour des patients à risque ;

Le patient doit avoir plus de 40 ans, consommer plus de 20 paquets de cigarettes par an et avoir été détecté à risque dans le questionnaire dépistage BPCO de la HAS. Le médecin doit avoir suivi une formation spécifique à la spirométrie. Un seul cumul avec une consultation est facturable par an par patient ;

07/11/25

12. le cumul à 100% des honoraires de l'acte de Colposcopie (JLQE002) avec ceux de la consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable, pour les gynécologues médicaux et obstétricaux et les médecins généralistes ;

13. le cumul à 100% des honoraires de l'acte d'échographie transthoracique du médiastin, du poumon et/ou de la cavité pleurale (GFQM001) avec ceux de la consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable, dans le cas d'une recherche d'un épanchement pleural ou d'un pneumothorax, pour les pneumologues.

La pratique de l'échoscopie ne peut donner lieu à une prise en charge par l'Assurance Maladie, en l'absence d'une validation par la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle n'entre donc pas dans ces autorisations dérogatoires de cumul d'honoraires.

15/10/13
17/06/15

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

1. Règle générale :

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

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

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

2. Dérogations :

- a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.
- b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.
- c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

09/09/14

d) Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé, sauf dans le cas de l'examen d'organes intra-abdominaux et/ou pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules. L'acte de guidage échographique YYY028 ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage échographique. Dans les cas où l'association est autorisée, la règle générale s'applique.

20/03/12

08/04/13

16/11/10

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

05/03/09

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.

18/01/10

17/12/13

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

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés ;
- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux et/ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes figurant aux sous-paragraphe 01. 01. 01. 01 - 01. 01. 01. 02 et 01. 01. 01. 03 de la CCAM au Livre II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;
- les actes d'irradiation en radiothérapie ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes ;
- les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein ; deux actes au plus peuvent être tarifés ;
- les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (figurant au chapitre 19 de la CCAM au Livre II) et les actes d'accouchement peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément ».

15/10/13

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

Sont concernés :

tous les actes des sousparagraphes et paragraphes 07.01.04.01, 07.01.08.01, 07.02.02.01, 07.02.02.03, 07.02.02.04, 07.02.02.05, 07.02.02.06, 07.02.02.08, 07.02.02.09, 07.02.02.10, 07.02.02.11, 07.02.02.12, 07.02.02.15, 07.02.03, 07.02.05, 07.02.06.10,

11.02.05.02, 11.02.05.03, 11.02.05.04,

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

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

Modalités particulières :

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

02/07/15

15/10/13
17/06/15

21/02/11

14/10/25

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

- 05/03/09**
- les actes de radiologie conventionnelle sont associés entre eux selon la règle générale décrite au point 1 du paragraphe B;
 - quand un ou deux actes de radiologie conventionnelle sont associés, dans le respect des règles d'incompatibilité, à des actes qui ne relèvent pas du champ de la radiologie conventionnelle, l'acte qui ne relèvent pas du champ de la radiologie conventionnelle dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi ces derniers est tarifé à taux plein; les autres actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables;
 - quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50 % de sa valeur.
- Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie conventionnelle. Par actes de radiologie conventionnelle, on entend les actes diagnostiques de radiographie, en dehors des actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.
- 24/06/09** j) Pour les actes d'endoscopie, lorsque l'examen porte sur les régions anatomiques du nez, du cavum, du larynx ou du pharynx, un seul acte doit être tarifé, sauf dans les indications médicales prévues par la note de facturation de la subdivision «06.01.08 Endoscopie de l'appareil respiratoire ».
- 13/03/15**
21/01/26
- Cas particulier
Quand un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme réalise, dans le même temps des actes techniques de la CCAM définie au Livre II et des actes issus de la NGAP, deux actes au plus peuvent être tarifés.
- 15/10/13**
17/06/15
- L'acte dont le tarif est le plus élevé est tarifé à 100% de sa valeur et le second à 50% ; les actes de radiologie conventionnelle sont tarifés selon les règles du paragraphe i) ci-dessus.
- Les actes NGAP cotés en TO ou ORT sont associés à taux plein.
- 13/12/07**
05/03/09
- 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.
- 21/03/13**
17/06/15
- C) Lorsqu'un gynécologue obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme, titulaire d'un Diplôme universitaire (DIU ou DU) d'échographie obstétricale assurant le suivi médical

de grossesse, réalise un acte d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse (JQQM010, JQQM015, JQQM016, JQQM017, JQQM018 ou JQQM019) et une consultation de suivi de la grossesse, il peut facturer les honoraires de ces actes d'échographie (dont les durées respectives établies par les experts lors de la hiérarchisation des actes ont été fixées à respectivement 23-38-33-56-40-60 mn) avec les honoraires correspondant à la consultation de suivi de la grossesse.

29/10/24

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

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

Les honoraires d'une échographie obstétricale JQQM001, JQQM002, JQQM003, JQQM007 ou JQQM008 réalisée en dehors d'une hospitalisation sont cumulables avec ceux d'une consultation de référence ou coordonnée à tarif opposable pour les médecins spécialisés en gynécologie obstétrique.

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

Article III-4

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

- 08/10/08 Dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des
26/11/10 chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, remplacer les
26/11/10 mots «omnipraticien» par «médecin généraliste».
- 20/12/11
- 12/05/16 Dans la partie « Présentation de la NGAP », au paragraphe « Champ de la
21/06/17 NGAP », point I « Actes réalisés par les médecins », le 3. « Cas particuliers des
06/11/18 actes de chirurgie dentaire réalisés par des médecins » est supprimé.
- 18/07/19
- 13/02/20 A la première partie : Dispositions Générales
- 29/04/20
- 29/09/22 Article 2. - Lettres clés et coefficients
- 08/02/23 Cf. Partie X. - pour toutes les professions
- 07/08/23
- 24/10/23
- 14/12/23

L'article 2 bis. Majoration du médecin spécialiste est abrogé et remplacé comme suit :

29/10/24 L'article 2 bis : Majorations de coordination

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (consultations à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs, consultations de médecin en accès spécifique, consultations à la demande du médecin correspondant) le médecin qui procède à un retour d'information vers le médecin traitant facture en sus de la consultation une majoration de coordination :

MCS pour le médecin spécialiste correspondant ;

MCC pour le cardiologue en cumul avec la CSC ;

MCG pour le médecin généraliste.

Ces majorations sont ouvertes uniquement aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables, par les praticiens ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis dans la convention médicale en vigueur et par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

Par dérogation pour un enfant de moins de 16 ans et en l'absence de médecin traitant la MCS et la MCC sont facturables.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu par la convention médicale en vigueur.

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.

21/03/13 - Le premier alinéa est complété par les dispositions suivantes :

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

18/07/19 a) Le titre du paragraphe B est modifié comme suit :

« B) Actes en K, KMB, SF, SFI, AMI, AMX, AIS, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY effectués au cours de la même séance. »

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient.

Toutefois, le second acte est noté à 75% de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, *soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.*

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50% de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

18/07/19 Au sous-paragraphe 4 du paragraphe B susvisé, est ajouté un alinéa c) :

« 4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

- a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
- b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL. »

Un cinquième sous-paragraphe est créé au paragraphe B susvisé :

« 5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50% de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au Titre XVI, Chapitre I, article 12). »

Article 13. Frais de déplacement

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

Article 14. Actes effectués la nuit ou le dimanche

- Au A) Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes.

08/10/08

Aux 1. et 2°: les lettres-clés KCC, KE sont abrogées.

Au 1. introduire la lettre clé KMB après la lettre K

Cf. Partie X. - pour toutes les professions

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

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

05/12/06

Le médecin généraliste communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

27/09/17 - Les deux articles suivants sont créés :

12/03/18 **Article 14.1.1 - Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin**
29/10/24 **urgentiste est abrogé**

Article 14.1.2 – Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste est abrogé

12/03/18 Cette cotation U45 ouvre droit aux majorations pédiatriques de l'article 14.6 et 14.7 ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

La cotation n'ouvre pas droit aux majorations de permanence des soins (article 10 et annexe 9 de la convention médicale).

Les consultations U45 ne se cumulent pas avec d'autres actes effectués dans le même temps à l'exception de l'acte d'électrocardiogramme.

12/05/23 **Article 14.1.3 – Majorations pour la prise en charge par une sage-femme ou par un**
29/10/24 **médecin correspondant autre que le médecin traitant pour un patient adressé par le**
médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge
dans les 48 heures (Voir partie VIbis)

05/12/06 **Article 14.2 - Majoration de déplacement**
08/01/20 **(Voir partie VIbis)**

13/01/22

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

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

06/07/07 **Article 14.4.4. Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un**
20/12/11 **tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant**
une prise en charge spécialisée par le psychiatre est abrogée.

12/03/18

13/01/22

13/01/22 **Article 14.4.5 –Majoration des gynécologues médicaux est abrogé**

29/10/24

23/02/17 **Article 14.6 –Le suivi de l'enfant par le pédiatre**

- 29/10/24** Pour les consultations de l'enfant, le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable, facture le code CEH pour les enfants de moins de deux ans, CEK pour les enfants de deux à moins de six ans et CEG pour les enfants à partir de six ans.
Ces trois consultations ne se cumulent pas avec la majoration de coordination spécialiste MCS.
Le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassement facture la consultation C (ou visite V).
- 29/04/20** **Article 14.6.1 – Nouveau forfait pédiatrique**
Les consultations ou visites effectuées pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 2 ans par le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassement ouvrent droit à une majoration, dénommée « nouveau forfait pédiatrique (NFP) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.
- 29/10/24** Cette majoration se cumule avec la consultation C (ou visite V).
Le NFP ne se cumule pas avec la facturation d'une majoration de coordination (MCS) définie à l'article 2 bis.
- 29/04/20** **Article 14.6.2 – La consultation de recours au pédiatre (CEP)**
Sur adressage écrit du service de protection maternelle et infantile (PMI), de la médecine scolaire, d'une sage-femme, d'un orthophoniste ou d'un orthoptiste, le
- 29/10/24** pédiatre réalise une expertise de second recours facturée CEP. Le pédiatre fait un retour écrit au demandeur et, au médecin traitant.
- Pour un même patient, cette consultation ne peut être facturée plus d'une fois par an pour une sollicitation du même demandeur, et dans la limite de 3 fois par an.
- 22/05/25** Elle doit être réalisée à tarif opposable.
- 29/04/20** **Article 14.6.3 – Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le pédiatre est abrogé**
- 29/10/24**
- 29/04/20** **Article 14.7 – Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste**
Les consultations et les visites, effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant jusqu'à la veille incluse de ses six ans, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée « majoration enfant pour les médecins généralistes (MEG) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.
- 06/11/18** Cf. Article 14.8 – Partie VI bis
- 13/01/22**
- 23/02/17** **Article 14.9. – Consultation obligatoire de l'enfant**
- 03/10/19**
- 29/10/24** Les consultations du nourrisson pour les examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R.2132-2 du Code de santé publique, dans les huit jours

suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois incluse, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse, réalisées par le pédiatre ou le médecin généraliste sont dénommées COE.

Pour les autres examens obligatoires de l'enfant mentionnés à l'article R. 2132-1 et les médecins exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable, le médecin généraliste facture le code COD pour les enfants de moins de 6 ans, COB pour les enfants à partir de 6 ans ; le pédiatre facture le code COH pour les enfants de moins de 2 ans, COK pour les enfants de 2 à moins de 6 ans et COG pour les enfants à partir de 6 ans.

Pour les médecins en secteur 2 non OPTAM avec dépassements, le médecin généraliste facture COV pour les moins de 6 ans et COA pour les enfants plus âgés ; le pédiatre facture COJ pour les moins de 2 ans et COA pour les enfants plus âgés.

Lors de ces consultations, le médecin :

- pratique un examen complet de l'enfant tel que défini par l'article R.2132-1 du code de la santé publique et mentionne les résultats dans le carnet de santé de l'enfant ;

- établit le cas échéant le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant sur l'imprimé inséré dans le carnet de santé et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant, conformément à l'article R.2132-3 du code de santé publique.

Les trois consultations COE sont facturées à tarif opposable. Les consultations obligatoires de l'enfant ne sont pas cumulables avec la majoration NFE des pédiatres, ni avec la majoration MEG du médecin généraliste, décrites aux articles 14.6 et 14.7 de la NGAP.

Conformément aux articles L.160-9 du Code de la sécurité sociale et L.2132-2 du code de la santé publique, la première consultation dans les huit jours suivant la naissance est prise en charge au titre de l'assurance maternité et les suivantes sont prises en charge au titre de l'assurance maladie.

Tous les certificats et compte-rendu issus des consultations obligatoires de l'enfant sont dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique ou, à défaut, mentionnés dans le carnet de santé papier.

07/09/17 **06/11/18** **Article 14.9.1.** – Téléexpertise entre l'actuel et le précédent médecin traitant pour un patient admis en EHPAD est abrogé.

10/07/18 **Article 14.9.2.** – Téléconsultation d'un résident en EHPAD par le médecin traitant ou le médecin de garde sur le territoire sur appel d'un professionnel de santé pour une modification d'un état lésionnel et/ou fonctionnel sans mise en jeu du pronostic vital est abrogé.

L'article 14.9.3 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis.

L'article 14.9.4 est supprimé de la partie I et intégré dans les parties III et VI bis.

L'article 14.9.5 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis.

L'article 14.9.6 est supprimé de la partie I et intégré dans les parties III et VI bis.

13/01/22 Article 15 - Contenu de la consultation, de la visite

La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué.

Par dérogation, pour une personne en situation de handicap une consultation sans examen clinique est réalisable dans les cas suivants :

- un temps de rencontre planifié avec le médecin ou le chirurgien-dentiste, en préparation de la prise en charge médicale ultérieure qui est réalisé au futur lieu habituel de consultation, dans un but d'accoutumance à l'environnement lié aux soins (personnel médical, lieu et équipements matériels) ;
- lorsque la consultation débutée ne peut être menée à son terme du fait d'une manifestation aiguë du handicap du patient et doit être différée.

15/01/24 Elle est valorisée comme une consultation de référence, pour les chirurgiens-dentistes, elle est limitée à 5 consultations par séquences de soins.

Article 15.1 - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires

La consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires inclut l'examen du patient, la réalisation d'un électrocardiogramme d'au moins douze dérivations sur un appareil de trois pistes minimum et éventuellement la réalisation d'une ou plusieurs échographie(s) en mode TM.

Cette consultation spécifique (CsC) implique la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques. Avec l'accord du patient, elles sont transmises au médecin traitant. Le médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires qui effectue cette consultation peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant, chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

La cotation CsC ne peut être appliquée dans le cadre du suivi direct du patient. Elle ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés.

29/10/24 Article 15.2 – La consultation longue du médecin traitant de la personne âgée de plus de 80 ans.

Les consultations longues du médecin traitant GL1, GL2 et GL3 sont facturables au tarif opposable, chacune une fois par patient de plus de 80 ans et par an.

a) La consultation longue de sortie d'hospitalisation:

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL1 lorsqu'il réalise une consultation dans les 45 jours après la sortie d'une hospitalisation de son patient de plus de 80 ans. Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation:

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

Pour une même hospitalisation une seule cotation GL1 ou MIC ou MSH (articles 15.2 et 15.5) peut être facturée.

b) La consultation longue de déprescription de patients hyperpolymédiqués:

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL2 lorsqu'il réalise une consultation longue de déprescription pour son patient de plus de 80 ans ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuie sur un bilan de médication réalisé en pharmacie sur prescription du médecin traitant;

c) La consultation longue d'orientation vers un parcours médico-social:

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL3 lorsqu'il réalise une consultation avec remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour un patient de plus de 80 ans. Pour un même patient une seule cotation GL3 ou MPH (articles 15.2 et 15.9) peut être facturée.

20/12/11 « Article 15.2.1 – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie

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

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- Recueillir les antécédents personnel et familiaux, les habitudes d'exposition solaires
- Réaliser un examen cutané du corps entier
- Réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte

- Informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non exposition solaire et d'auto surveillance cutanée
- Synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant

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

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

12/03/18 L'Article 15.2.2 – Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour réalisée par un pédiatre est abrogé.

21/06/17 Article 15.2.3. – **Consultation très complexe réalisée au domicile du patient**

06/11/18

29/04/20 **a) Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant**

13/01/22

07/08/23 La visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, si possible en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée dont notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, les pathologies neurodégénératives de l'enfant.

15/01/24

29/10/24 Au cours de cette visite, le médecin traitant :
Réalise une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ;
Evalue la situation familiale et sociale ;
Formalise la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ;
Informe le patient et les aidants sur les structures d'accueil ;
Inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant

Un patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique peut nécessiter une consultation longue et complexe réalisée au domicile du patient par le médecin traitant.

Au cours de cette consultation, le médecin :

- réalise l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique ;
- organise et coordonne la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluri-disciplinaire de soins palliatifs ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

c) Consultation réalisée au domicile du patient de 80 ans et plus en ALD par le médecin traitant

d) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant

Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle Médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant) et étant en incapacité de se déplacer pour raison médicale, la visite très complexe peut être facturée si ce patient est soit bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD soit âgé de plus de 80 ans.

Au cours de cette visite, le médecin :

- recueille toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ;
- réalise l'évaluation médicale du patient ;
- organise la prise en charge coordonnée des soins ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ;
- recueille le choix de déclaration de médecin traitant du patient.

Dans le cas (a) et (c) la visite peut être facturée par patient 1 fois par trimestre de chaque année civile via la facturation du code prestation VL.

Dans le cas (b) la visite peut être facturée via la facturation du code prestation VSP.

Dans le cas (d) une seule VL est facturable par patient au titre de cette première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou changeant de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant via la facturation du code prestation VL.

Au maximum 4 VL sont facturables par an et par patient quel que soit le contexte de facturation a), c) et d).

La visite très complexe est facturable par le code prestation VL ne se cumule pas avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 2bis.

La visite très complexe n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

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

13/01/22

29/10/24 **Article 15.2.4 – Actes et consultations spécifiques des psychiatres**

11/03/26 **A. – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans un délai court**

suivant l'adressage par un autre médecin

Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant.

Cette consultation est facturée MCY ou TC2 s'il s'agit d'une téléconsultation lorsque :

- La consultation est réalisée dans les 4 jours ouvrés sur sollicitation du médecin traitant, du médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ou du médecin régulateur du Centre 15
- La consultation est réalisée dans les 2 jours ouvrés sur sollicitation du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS).

La consultation ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables et ne se cumule pas avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins (article 22-3).

B- Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique

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. Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours. Cette prise en charge est facturée CP 0,8.

C- Majoration des psychiatres pour la prise en charge des enfants

Lorsque le psychiatre est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient de moins de 25 ans, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation ou de la visite de référence ou coordonnée à une majoration tarifaire MP dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents ou qu'ils adhèrent aux options de pratique tarifaire maîtrisée selon la convention médicale en vigueur.

Elle n'est pas cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de la convention médicale en vigueur.

Par dérogation, les médecins spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents sans adhésion aux options de pratique tarifaire maîtrisée peuvent bénéficier de la majoration dès lors qu'ils facturent leur consultation ou visite au tarif opposable.

D- Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre

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

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

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

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

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

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

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

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

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

Cette consultation est annuelle et ne peut être facturée qu'une année après la première consultation définie ci-dessus.

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

Ces deux majorations **MPF** et **MAF**, liées à ces deux consultations familiales, sont cumulables avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis et la majoration de coordination MCS au sens de l'article 16.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016..

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

07/08/23 Article 15.2.5 – Majoration pour le suivi des personnes âgées

La majoration MOP est facturable en sus des consultations, téléconsultations ou visites réalisées auprès des patients âgés de plus de 80 ans. Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Elle bénéficie aux médecins pour les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant et pour les médecins généralistes en l'absence du médecin traitant. »

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

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

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

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

A l'article 15.3. sont ajoutés les mots :

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

15/03/15 - Orthèse de maintien ou de correction, en position horizontale ou en position verticale, en matériau thermoformable haute température : TR47Z01 (LPP, Titre II, chapitre 7, section III)

- Orthèse de maintien, en position horizontale en mousse expansée TR29Z01 (LPP, Titre II, chapitre 7, section III),

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

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).

25/09/13 Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16
29/04/20 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte
29/10/24 de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le **DA** mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination (article 2bis).

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

27/04/06 **L'Article 15.4. Majoration pour certaines consultations par un médecin**
06/07/07 **spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une**
20/12/11 **compétence en diabétologie** est remplacé par les dispositions suivantes :

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

1. Diabète inaugural ou compliqué insulino dépendant ou insulino requérant

Cette consultation concerne les patients :

diabétiques de type 1 :

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

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

- lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant ;
- lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;
- lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;

- lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiénodietétiques.

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-dietétiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2) Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

29/04/20 Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination
29/10/24 (article 2 bis de la NGAP).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable. La valeur de la MCE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2.

08/04/13 **Article 15.5- Majorations pour une consultation longue et complexe à**

29/04/20 domicile ou au cabinet après un séjour hospitalier du patient

Ces majorations peuvent être cotée dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Par dérogation, le médecin traitant en secteur à honoraires différents n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée précités, peut coter la **MIC** ou la **MSH** pour les bénéficiaires du droit à complémentaire santé solidaire dans le respect des articles L. 861-1 du code de la sécurité sociale et suivants.

Pour appliquer la MIC ou la MSH la consultation doit être réalisée à tarif opposable.

De plus, pour un même séjour hospitalier du patient une seule des deux majorations est facturable. Les consultations à domicile avec MSH ou MIC ne sont pas facturables avec les majorations MDN et MDD décrites à l'article 14.2 point IV.

La valeur de la MIC et de la MSH sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

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

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

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

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

Cette consultation donne lieu à la majoration MIC.

Dans le cas où le cardiologue correspondant et non le médecin traitant réalise cette consultation longue et complexe, la majoration MIC est facturable conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

b) Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité

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

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

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

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

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

Dans le cas où le psychiatre correspondant et non le médecin traitant réalise cette consultation longue et complexe, la majoration MSH est facturable conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

L'article 15.6 - Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité créé par décision UNCAM du 04/04/13 est abrogé par décision UNCAM du 29/04/20

21/06/17 Article 15.8 – Consultations et majorations complexes

28/05/20 A) Consultations et majorations complexes pour les médecins

Ces consultations et majorations complexes s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins. Elles recouvrent un nombre limité et défini de prise en charge : patients présentant certaines pathologies complexes ou instables, ou situations cliniques

particulières impliquant un fort enjeu de santé publique.

a) Consultations complexes

21/01/26 Les codes consultations CSO, CSM, CBX, CSE et ASE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, un code prestation agrégé est à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier).

Ces consultations complexes doivent être facturées à tarif opposable.

Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

29/04/20 Elles ne sont pas cumulables avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 2bis.
29/10/24

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance

13/01/22

Cette consultation est dénommée Aide sociale à l'enfance (ASE). Elle permet d'effectuer le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance selon la loi du 14 mars 2016. Ce bilan permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE). Cette consultation est réalisée par le médecin généraliste ou le pédiatre.

Elle doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation ASE.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- Consultation complexe de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, par le médecin traitant de l'enfant

Cette consultation complexe, réalisée par le médecin traitant de l'enfant, est dénommée Consultation Suivi de l'Obésité (CSO).

Cette consultation est réservée aux enfants de 3 à 12 ans inclus et en risque avéré d'obésité sur la base du suivi de la courbe de corpulence.

Lors de cette consultation le médecin :

- procède à un entretien de l'enfant et sa famille ;

- recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique ;
- explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne ;
- inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant.

Cette consultation réalisée par le médecin traitant doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSO.

Elle ne peut être facturée plus de deux fois par an et par enfant de 3 à 12 ans inclus.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

06/11/18 - Consultation complexe du nouveau-né nécessitant un suivi spécifique par le pédiatre entre la sortie de maternité et le 28ème jour suivant la naissance

Cette consultation est dénommée Consultation de Sortie Maternité (CSM).

Cette consultation ou visite est réalisée pour des nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique.

Cette consultation réalisée par pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSM.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre

Lors de cette consultation annuelle complexe de suivi d'un enfant autiste, dénommée CSE, le médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre, en lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, en regard du trouble du spectre de l'autisme et des pathologies associées ;
- réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant pour son trouble du spectre de l'autisme et les pathologies associées ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

06/10/20 Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CSE dans le dossier médical du patient.

Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par an par un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

– Consultation bucco-dentaire complexe des médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un médecin stomatologiste et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

Elle est facturable selon les consignes de la “grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap” définies dans la convention nationale des médecins en vigueur. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CBX. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CXD.

29/10/24 b) Majorations pour consultations complexes

Les codes majorations suivants : MPS/TCA/MPT/SGE/PTG/MMF/MCA/PPR/PPN/MCT/SLA/MSP/POG/PEG listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration de consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

Il peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- Majoration MPS pour une consultation complexe de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité, par un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation pour la prise en charge de la stérilité, le médecin présente le rendu du bilan

diagnostic réalisé, les stratégies thérapeutiques et les probabilités de réussite en termes de naissance pour permettre au couple de participer à la prise de décision, ainsi que le rappel de la réglementation.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue ou le gynécologue-obstétricien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPS.

Une seule consultation par couple ouvre droit à la majoration MPS, lors de l'initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

- Majoration TCA pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de trouble grave du comportement alimentaire : anorexie mentale par un endocrinologue ou un pédiatre ; ou obésité morbide par un endocrinologue

Lors de cette première consultation spécifique de prise en charge d'un patient ayant un trouble grave du comportement alimentaire le médecin :

- recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires)
- met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale)
- élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient.

Le cas échéant, si le médecin réalisant la consultation n'est pas le médecin traitant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un endocrinologue pour la prise en charge d'un patient présentant une anorexie ou une obésité morbide, ou par un pédiatre pour la prise en charge de l'anorexie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration TCA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- Majoration MPT pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, lors de la première consultation

pour la prise en charge d'un patient atteint d'une tuberculose le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique avec la mise en place des conditions nécessaires pour l'observance du traitement.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPT.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MPT, lors de l'initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration SGE pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive par un rhumatologue, un spécialiste de médecine physique et réadaptation ou un chirurgien**

Lors de la consultation complexe effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un enfant ou un adolescent présentant une scoliose grave évolutive le médecin, réalise l'évaluation initiale et la mise en œuvre de la prise en charge thérapeutique en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical. Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou un chirurgien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SGE.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**, pour la première consultation du patient pour scoliose grave évolutive.

- **Majoration PTG pour une première consultation de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire, par un médecin spécialiste en médecine vasculaire, un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire, un médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, pour la première consultation spécifique de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire déjà diagnostiquée, le médecin rédige un compte rendu qu'il transmet au médecin traitant. Le médecin peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en médecine vasculaire ou le médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou le médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien au cours de la grossesse, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PTG.

Une seule consultation par praticien et par patient ouvre droit à la majoration PTG, lors de l'initiation d'un traitement, d'une surveillance ou au cours de la même grossesse.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration MMF pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation effectuée pour l'initiation d'un traitement complexe pour un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MMF.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MMF, lors de l'initiation de la prise en charge.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration MCA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un asthme déstabilisé par un pneumologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en pneumologie**

Lors de cette consultation complexe, réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné, pour un patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation, le médecin adapte le traitement en lien avec le médecin traitant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou le pédiatre ayant des compétences en pneumologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCA.

Celle-ci est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge.

- **Majoration PPR pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive sévère, par un rhumatologue**

La consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné par le rhumatologue pour un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde se définissant comme évolutive sévère selon les référentiels scientifiques en vigueur, comporte l'évaluation de la situation, la mise en œuvre de la prise en charge et du suivi en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PPR.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

06/11/18 - **Majoration PPN pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient atteint de maladie neurodégénérative ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie**

La consultation complexe réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné concerne la consultation effectuée :

- par un neurologue auprès d'un patient traité pour une maladie neurodégénérative ou une épilepsie ;

- par un pédiatre présentant une compétence spécifique en neurologie auprès d'un patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une

révision du traitement.

Cette consultation s'inscrivant dans le cadre du parcours de soins coordonné, permet sur la base du bilan clinique et paraclinique d'identifier ou de confirmer une instabilité, une aggravation ou une complication, d'adapter ou d'élaborer un nouveau traitement qui inclut le cas échéant l'organisation des soins spécialisés en lien avec un centre de référence, éventuellement en réseau, dans le respect des référentiels en vigueur, en prenant en compte les attentes et préférences du patient.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical du patient. Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues et les pédiatres présentant une compétence spécifique en neurologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration PPN dans le dossier médical du patient.

Elle est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année du fait d'un épisode aigu ou d'une complication nécessitant une révision du projet thérapeutique.

- **Majoration MCT pour une consultation complexe de prise en charge de patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, par un spécialiste de médecine physique et réadaptation, un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie**

Lors de cette consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un patient présentant des séquelles invalidantes de traumatisme médullaire, des séquelles physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave, ou des séquelles handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger, le médecin réalise une synthèse des différents bilans réalisés et élabore un projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire (neuromoteur, cognitif et psycho-comportemental...).

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR), un neurologue ou un pédiatre ayant des compétences en neurologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCT.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

- **Majoration SLA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant des séquelles lourdes d'accident vasculaire cérébral, par un neurologue ou un spécialiste de médecine physique et de réadaptation**

La consultation complexe d'un patient présentant, après le traitement initial d'un accident vasculaire cérébral, des séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active.

Cette consultation se conclut par la réévaluation et l'organisation du suivi du plan de soins et du projet thérapeutique en tenant compte des attentes du patient et de l'évaluation psychosociale des aidants.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues ou les médecins spécialistes de médecine physique et réadaptation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SLA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

- **Majoration MSP de suivi par le pédiatre de l'enfant de moins de 7 ans, né prématuré de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours.**

Lors de cette consultation annuelle de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né prématuré, entre 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours, le pédiatre :

- réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuro-psychologique ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MSP.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à

transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable à tarif opposable une fois par an, via le code prestation agrégé **MCX**.

- **Majoration POG pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave ou d'une déficience neurovisuelle dans le cadre d'une pathologie générale, par un ophtalmologue**

La consultation spécifique de prise en charge d'un enfant ayant :

- soit une pathologie ophtalmologique : glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie du prématuré, rétinopathie congénitale, strabisme avec amblyopie ou risque d'amblyopie, nystagmus congénital ;
- soit une déficience neurovisuelle liée à une pathologie générale : prématurité, autisme, retard mental.

Cette consultation complexe implique l'élaboration d'un protocole thérapeutique et sa mise en œuvre, la prescription éventuelle de rééducation et son suivi, la coordination avec l'ensemble de l'équipe paramédicale et éducative en charge de l'enfant.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, l'ophtalmologiste inscrit les conclusions diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est transmis au médecin traitant par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par l'ophtalmologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration POG.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable via le code prestation agrégé **MCX**.

- **Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse (PEG) pour une consultation complexe de la prise en charge et du suivi d'une femme enceinte par un endocrinologue, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien**

Dans le cadre du parcours de soins, lors de la consultation complexe pour la prise en charge et le suivi d'une femme enceinte ayant une pathologie endocrinienne le médecin met en œuvre la prise en charge en lien avec le médecin traitant, avec l'institution des critères de surveillance et oriente vers le niveau de maternité adéquat.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un endocrinologue, un gynécologue ou un

gynécologue-obstétricien donne droit à une majoration, dénommée Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse (PEG).

Cette consultation, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PEG, celle-ci est facturable au tarif opposable.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de consultations facturées est de 4 au plus, par grossesse, via le code prestation agrégé **MCX**.

28/05/20 B) Consultation complexe pour les chirurgiens-dentistes

- **Consultation bucco-dentaire complexe du chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap**

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

Elle est facturable selon les consignes de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » définies dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CXD.

21/06/17 Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes

03/10/19 Ces consultations et majorations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe, ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charges. Elles s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins.

a) Consultations très complexes

Les codes consultations CGP, EPH et CTE et MPH listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Ces consultations très complexes doivent être facturées à tarif opposable. Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la

majoration MEG (article 14.7 de la NGAP).

29/04/20
29/10/24 Elles ne sont pas cumulables avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 2bis.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

13/01/22
07/11/25 - **Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap ou en perte d'autonomie : MPH**

Cette consultation très complexe réalisée par un médecin doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation MPH. Afin de facturer la consultation très complexe le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est CCE. Elle est facturable dans les trois contextes suivants (1) (2) et (3).

1) Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH

La consultation très complexe MPH permet de valoriser le travail de remplissage complet du certificat médical obligatoire, permettant à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne en situation de handicap de façon pertinente.

Conformément au guide pour l'utilisation du certificat médical à destination de la MDPH, le certificat doit contenir les éléments cliniques avec des informations sur les retentissements dans la vie quotidienne et le cas échéant le diagnostic. La MDPH a besoin de connaître :

-les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie, les compensations si elles existent;

-les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ou scolaire, la régularité ou le caractère fluctuant des troubles;

-les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques, sur la prise en charge avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.

Les différents comptes-rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat : comptes-rendus récents

d'hospitalisations, de consultations spécialisées ou de prises en charge paramédicales (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.) peuvent être utilement joints au certificat médical avec l'accord du patient.

En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints au certificat médical MDPH.

Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire.

La facturation de la MPH n'est pas autorisée pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.

La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet tel décrit ci-dessus joint au premier dépôt de dossier MDPH du patient.

2) Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère

La consultation très complexe MPH permet de valoriser le travail d'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère. La situation de handicap sévère est comprise ici comme l'altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.

L'ancien et le nouveau médecin traitant facturent chacun la MPH.

3) Remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du dossier pour l'obtention de l'APA. Pour un même patient une seule cotation MPH ou GL3 (article 15-2) peut être facturée.

29/10/24

- **Consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier par le pédiatre ou par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.**

Lors de cette consultation très complexe pour un enfant atteint d'une pathologie

chronique grave ou d'un handicap neurosensoriel sévère, le pédiatre ou le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation :

- réalise le suivi somatique, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation EPH.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Une consultation au plus par patient et par trimestre peut être facturée, via le code prestation agrégé CCE.

- **Consultation très complexe de suivi de l'enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré ou atteint d'une pathologie congénitale grave, par le pédiatre.**

Lors de cette consultation très complexe de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave, le pédiatre :

- réalise le suivi moteur, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CGP.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

Le nombre de consultations facturées est de 2 au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant, via le code prestation agrégé CCE.

- 06/11/18**
13/01/22
29/09/22
- **Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) : CTE**

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque de TND chez un enfant, présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte selon les recommandations HAS.

La consultation dédiée à la recherche d'un TND comprend un examen clinique approfondi, le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage de

TND adaptés à l'âge de l'enfant selon les recommandations HAS.

Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter ces différents tests de repérage par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2e ligne. Si le médecin n'est pas le médecin traitant de l'enfant, il fait un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant.

- Consultation de repérage d'un trouble de la relation précoce parents-enfant : CTE

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmer un risque de trouble de la relation précoce parents-enfant chez un enfant présentant des signes inhabituels du développement.

Cette consultation dédiée, essentiellement clinique, est réalisée en présence d'au moins l'un des deux parents. Elle comprend un examen clinique approfondi de l'enfant, la recherche d'un état psychopathologique parental et une étude des interactions parents-enfant.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant.

b) Majorations pour consultations très complexes

Les codes majorations IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB, MAV et MIA listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

Ce code prestation MTX peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe. Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- **Majoration IGR pour une consultation très complexe d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers un parcours de greffe rénale, par un médecin néphrologue**

La consultation de synthèse d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers une équipe de greffe rénale, s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins, au terme de l'évaluation des conditions médicales permettant d'établir l'éligibilité à la greffe. Elle comporte éventuellement le contact avec l'équipe de transplantation afin de valider la pertinence d'engager le bilan de pré transplantation.

Cette consultation permet d'informer le patient de l'ensemble des étapes du bilan de pré transplantation, de ses modalités de réalisation ; ainsi que sur les étapes du bilan dans le cas d'un donneur vivant et de recueillir son consentement. Le patient est informé des bénéfices, des risques et des conséquences des différentes options thérapeutiques.

Le médecin néphrologue inscrit les conclusions de cette synthèse dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est mis à disposition du médecin traitant et de l'équipe de transplantation par courrier ou par voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le néphrologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration IGR.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, pour l'orientation vers une équipe de greffe via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration CPM pour une consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave de l'enfant nécessitant une prise en charge chirurgicale.**

Lors de cette consultation, inscrite dans le cadre du parcours coordonné de soins, le chirurgien pédiatrique :

- informe les parents de la pathologie de leur enfant, de son pronostic, de la prise en charge envisagée et des résultats prévisibles escomptés ;
- coordonne la prise en charge et précise les autres intervenants médicaux et paramédicaux éventuellement impliqués dans cette prise en charge.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le chirurgien pédiatrique doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration CPM.

06/11/18 Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé **MTX**.

- Majoration MMM pour la consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par un gynécologue-obstétricien ou un gynécologue, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anténatal.

Lors de cette consultation très complexe le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue informe les parents de la pathologie, des conséquences pour l'enfant, du pronostic à moyen et long terme et des différentes prises en charge possibles. Il oriente le cas échéant vers une équipe spécialisée pour la poursuite de la prise en charge.

Selon la pathologie diagnostiquée, il informe et coordonne cette prise en charge avec les autres intervenants médicaux.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MMM.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé **MTX**.

06/11/18
13/01/22 **- Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave, d'une pathologie neurodégénérative ou d'un trouble du neuro-développement**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour :

- une pathologie grave. Par pathologie grave, on entend : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neuro

dégénérative.

- un trouble du neuro-développement selon la définition dans les recommandations de la HAS.

A l'issue de la consultation, les orientations thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MIS.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, via le code prestation agrégé MTX.

29/10/24 - Majoration PIV pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour une infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation facturable par un médecin généraliste, un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales ou un autre spécialiste doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PIV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge via le code prestation agrégé **MTX**.

06/11/18 - Majoration MPB pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation du suivi d'un patient traité par biothérapie (anti-TNF alpha) pour une pathologie inflammatoire par un rhumatologue, un dermatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge s'adresse à un patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié). Les pathologies inflammatoires concernées sont celles ouvrant droit à une Affection de Longue Durée à savoir :

- la polyarthrite rhumatoïde active, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin rhumatologue ou un médecin de médecine interne ;
- le psoriasis dès lors qu'il s'agit d'une forme sévère par son étendue et/ou son retentissement et que la prise en charge pour le suivi est assurée par un dermatologue ;
- la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin gastro-entérologue.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le dermatologue, le médecin de médecine interne ou le gastro-entérologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPB.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agréé **MTX**.

- **Majoration MAV pour la consultation initiale très complexe d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie de système par un rhumatologue, un médecin de médecine interne, ou un dermatologue**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou une vascularite systémique déjà diagnostiquée, doit donner lieu à la rédaction de conclusions thérapeutiques.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine interne ou le dermatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MAV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé **MTX**.

06/11/18

- **Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue.**

La consultation initiale d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Elle permet d'identifier la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique, d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. Elle inclut un temps d'information du patient et, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en neurologie ou en ophtalmologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration MIA dans le dossier médical du patient.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille (électronique ou papier) à l'assurance maladie est **MTX**.

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

A. - Consultation entre deux médecins généralistes

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

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

24/07/17 B. Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

Principes

24/03/17 L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation pour le médecin spécialiste en stomatologie, ou en chirurgie orale/chirurgie maxillo-faciale à la demande explicite du chirurgien-dentiste.

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

08/04/13

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

24/03/17

25/09/13

17/12/13

28/05/20

- de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue ;
- de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- de l'électrocardiogramme ;
- du prélèvement cervicovaginal (JKHD001). Ce prélèvement n'est pris en charge que dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations de la HAS en vigueur ;
- des actes de biopsies suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - JHHA001 : Biopsie du pénis
 - JMHA001 : Biopsie de la vulve

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

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

25/09/13

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

Dérogations

a) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle

03/10/19 consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant, autres que ceux autorisés, comme le précisent les principes ci-dessus.

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

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

29/10/24

c) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a rendu un avis ponctuel de consultant et que l'état du patient nécessite, pour la même pathologie et avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention médicale en vigueur, il peut facturer celle-ci selon les conditions définies aux articles 15.8 et 15.9 de la NGAP.

Cette disposition ne s'applique pas aux consultations suivantes telles que définies dans la convention aux articles 28.3 et 28.4 : CCP, COE, IGR, EPH, CGP, MSP et CSO.

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

e) Lorsqu'à l'issue de la téléexpertise demandée par le médecin traitant un avis ponctuel est nécessaire, dans une logique de gradation de l'expertise du spécialiste requérant, ce dernier peut facturer un avis ponctuel de consultant dans un délai de 3 mois après la facturation du code TE2.

Champ et honoraires

a) Médecins spécialistes

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

b) Honoraires

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

- APC : Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste
- APV : Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade
- APY: Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre, neurologue ou d'un gériatre
- AVY: Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre, un neurologue ou par un gériatre

Cas particuliers

Avis ponctuel de consultant des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter un APC, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation APC s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

03/10/19 Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant APU.

29/10/24 Avis ponctuel de consultant sur un patient hospitalisé

L'avis ponctuel de consultant n'est pas facturable pour un patient hospitalisé.

Par dérogation, lorsque le patient n'a pas de médecin traitant et dès lors que la situation du patient requiert un avis spécialisée d'une autre discipline que celle disponible dans le service où est hospitalisé le patient, le médecin facture un avis ponctuel de consultant. Le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation.

Dans le cadre d'une demande d'avis d'expertise sur une antibiothérapie pour un patient hospitalisé le médecin spécialiste en maladies infectieuses et tropicales, à titre dérogatoire, facture un APC au maximum au cours du séjour. Le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation.

18/12/18 **03/10/19** C. Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un chirurgien-dentiste spécialiste en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale à la demande explicite du chirurgien-dentiste ou du médecin.

Le chirurgien-dentiste spécialiste correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel

de consultant, adresse au chirurgien-dentiste ou au médecin ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au chirurgien-dentiste ou au médecin la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le chirurgien-dentiste consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps.

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

Dérogations

a) Lorsqu'un chirurgien-dentiste spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

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

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

12/05/23 **Article. 18.2.** – Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante

15/01/24 Cette consultation dénommée [IMT] est facturable lorsque le médecin est déclaré médecin traitant d'un patient relevant d'une affection longue durée ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur.

29/10/24 L'IMT doit être facturée à tarif opposable et n'est facturable qu'une seule fois par patient.

Cette consultation très complexe ne se cumule pas avec la facturation d'une majoration de coordination prévue à l'article 2 bis.

Elle n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

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 € ».

23/08/07
29/10/24

Article 20. Honoraires de surveillance médicale dans les établissements de santé relevant du d et du e de l'article L162-22 du code de la sécurité sociale

1-Définition de l'honoraire de surveillance

L'honoraire de surveillance HS est un forfait journalier versé au médecin par patient hospitalisé pour lequel il assure la surveillance. L'honoraire de surveillance a un tarif dégressif dans le temps.

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 CCAM.

Le principe général est que le praticien ne peut pas facturer un HS s'il facture le même jour un acte clinique, un acte en K ou un acte CCAM pour un même patient.

Par dérogation la cotation du HS est possible le même jour que la cotation :

- d'un acte d'imagerie (dont les actes d'échographie) ;
- de l'acte d'électrocardiogramme.

2 -Règles de facturation

L'honoraire est facturé via le code HS affecté obligatoirement d'un coefficient variant de 0,20 à 1 selon le lieu d'hospitalisation du malade et le nombre de jours par rapport la date d'entrée du séjour d'hospitalisation (date nommée J1 dans l'article).

Considérant qu'un médecin ne peut avoir examiné plus de 30 patients au cours d'une même journée, un même médecin ne peut facturer plus de 30 HS par jour quel que soit le nombre d'établissements dans lequel il intervient.

Dans l'éventualité où deux médecins de spécialités différentes réalisent un même jour la surveillance d'un même patient, chaque praticien facture la moitié du coefficient du HS correspondant à la situation définie au point 3.

3-Cotations spécifiques selon le lieu d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation

a) Unité de médecine d'un établissement de santé

- HS 1 de J1 au 20° jour ;
- HS 0,50 du 21° au 60° jour ;
- HS 0,25 par la suite.

Durant la période d'hospitalisation, la règle est la facturation d'honoraires de surveillance par le médecin assurant la prise en charge du patient au sein de l'unité de médecine.

Des consultations (au sens de l'article 15 de la NGAP) peuvent toutefois de manière dérogatoire être facturées dans certaines situations au cours du séjour en lieu et place de l'HS :

Lors de l'établissement du diagnostic initial, et au plus tard le lendemain du jour d'admission dans le service d'hospitalisation ;

Dès lors qu'il y a une évolution de la santé du patient, significative et médicalement constatée, sans lien direct avec la pathologie ayant motivé l'hospitalisation (événement intercurrent) et nécessitant un nouvel examen complet du patient.

Dès lors que la situation du patient requiert un avis ou une consultation spécialisée d'une autre discipline que celle disponible dans le service où se trouve le patient, l'acte est facturé en sus du HS du médecin du service d'hospitalisation.

b) Unité de chirurgie d'un établissement de santé

L'honoraire de l'acte opératoire comportant les soins consécutifs pendant les 15 jours suivant l'intervention chirurgicale, aucun HS n'est facturable pendant cette période. Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 15 jours après l'intervention chirurgicale ou l'acte interventionnel, l'honoraire de surveillance est fixé à :

- HS x 0,25

Dans le cas où le malade a été mis en observation et n'a pas subi d'intervention :

- HS 1 de J1 au 15° jour ;
- HS 0,25 au-delà du 15° jour.

Dans le cas où le malade a été mis en observation et n'a pas subi d'intervention :

- HS 1 de J1 au 15° jour ;
- HS 0,25 au-delà du 15° jour.

c) Unité d'obstétrique de l'établissement de santé

En période ante partum dans le cas où l'état pathologique de la patiente impose une hospitalisation, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente est fixé comme suit :

- HS 1 de J1 au 15° jour ;
- HS 0,25 au-delà du 15° jour.

Après l'accouchement si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 7 jours l'honoraire de surveillance est fixé à :

- HS 1 du 8° au 15° jour
- HS 0,25 au-delà du 15° jour

Aucun HS n'est facturable de l'accouchement au 7° jour.

d) Etablissement exerçant une activité de psychiatrie

Par jour et par malade l'honoraire de surveillance médicale est de HS x 1 pour une surveillance constante par un médecin qualifié en psychiatrie. Lorsque la surveillance médicale est prise en compte dans le cadre du financement de l'établissement, ce dernier ne peut se cumuler avec celui des honoraires prévus ci-dessus.

e) Unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR)

L'honoraire de surveillance médicale est HS 1 par malade examiné et par semaine sauf lorsque la surveillance médicale est prise en compte dans le cadre du financement de l'établissement.

03/10/19 Article 22. Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique et première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée

a) Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique

Dans le cadre de la consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique le médecin anesthésiste-réanimateur note sa consultation en CS. Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC 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). Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

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.

Cette consultation se fait dans le respect du parcours de soins coordonnés défini dans le Titre 2 de la convention médicale : « médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. »

b) Première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient

Dans le cadre d'une intervention non programmée pratiquée en urgence et entraînant une hospitalisation, l'anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois le patient, hospitalisé ou non, note sa consultation en CS même si

elle est suivie d'un acte d'anesthésie, les honoraires de cette consultation n'étant pas compris dans le forfait d'anesthésie.

Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

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.

Cette CS ou APC ne peuvent se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte de la CCAM autre que l'acte d'anesthésie ou les actes autorisés en cumul avec la CS ou l'APC. Dans le cadre de l'urgence justifiée par l'état du malade, la consultation effectuée la nuit ou le dimanche et jours fériés, donne lieu, en plus de la CS ou l'APC à une majoration définie à l'article 14 de la NGAP.

Dans le cadre d'une nouvelle intervention durant un délai de 4 mois après la facturation de l'APC initiale, l'anesthésiste ne peut pas facturer un nouvel APC. Dans ce cas il facture la consultation CS même si le patient est en état clinique au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA.

29/10/24 Article 22-1 Les consultations du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé autorisé par l'ARS pour les passages suivis d'une hospitalisation

Les consultations pour les médecins urgentistes exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé mentionné au d) de l'article L. 162-22 autorisé par l'ARS sont valorisées lorsque le passage aux urgences est suivi de l'hospitalisation du patient comme suit :

- la consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 1 ou 2 est facturée une consultation de référence ;
- la consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 3 est facturée U03 ;
- la consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 4 ou CCMU 5 est facturée U45.

Le compte rendu de ces consultations, réalisées à tarif opposable, doit être inscrit dans le dossier médical du service des urgences.

Ces cotations ouvrent droit à la majoration MEG (article 14.7) ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

Ces cotations n'ouvrent pas droit aux majorations de permanence des soins (article 22- 3).

Les consultations U03 et U45 ne se cumulent pas avec d'autres actes effectués dans le même temps à l'exception de l'acte d'électrocardiogramme.

Dans le cas d'un patient de plus de 75 ans qui arrive dans le service d'urgence en ambulance ou avec le SAMU, ces consultations du médecin

urgentiste suivi de l'hospitalisation du patient sont cumulables avec la majoration dénommée « MVU ».

Article 22-2 Majoration pour les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente

La consultation réalisée en urgence par le médecin traitant du patient dans les 48 heures suivant la demande du centre de régulation médicale des urgences pendant les horaires habituels de ses consultations est cumuleable avec la majoration MRT (majoration médecin traitant régulation).

Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale. Cette majoration peut être facturée quel que soit le secteur d'exercice uniquement en cas de respect des tarifs opposables. Elle n'est pas cumuleable avec les majorations facturées dans le cadre du SAS : SNP ; les majorations de PDSA (article 22.3) ; les majorations d'urgence (article 14) et la majoration MHP (article 22.4).

Lorsque le médecin accepte de prendre en charge le patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation médicale, il peut facturer en sus de la cotation MRT la majoration SHE.

Article 22-3 Les soins non programmés régulés en période de permanence des soins ambulatoires

Lorsque le médecin - inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins en son nom ou au titre de l'association de permanence des soins à laquelle il appartient - intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il facture la consultation (visite) de référence à tarif opposable et bénéficie des majorations spécifiques :

- Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet (CRN) ou en visite (VRN)
- Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet (CRM) ou en visite (VRM)
- Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet (CRD) ou en visite (VRD)
- Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié en cas de consultation au cabinet (CRS) ou en visite (VRS)

19/03/25

Ces majorations sont également applicables, à titre exceptionnel, par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin de garde intervient sur appel du régulateur dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées ou au domicile d'un patient pour effectuer des actes sur plus d'un patient, la majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés (prévue à l'article 14 de la NGAP),

29/10/24 avec les majorations SNP, SHE, MVR ni avec les majorations de déplacements (prévues à l'article 14.2 de la NGAP) ; à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la NGAP.
Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire.

Article 22-4 Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation

Les consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA, bénéficient d'une majoration MHP sous réserve que ces actes soient facturés aux tarifs opposables. Cette majoration n'est pas cumulable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés mentionnées à l'article 22-3 et pour les actes aux horaires PDSA non régulés visées à l'article 14 (F, MN, MM) et les majorations MDD et MDN de l'article 14.2 de la NGAP.

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.

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

23/08/07 **Le Titre Ier.** Actes de traitement des lésions traumatiques est abrogé à l'exception au Chapitre III. – (Plaies récentes ou anciennes), de l'acte suivant :
Nettoyage ou pansement d'une brûlure :
- surface au-dessous de 10 cm² : K 9
- surface inférieure à 10 % de la surface du corps : K 16
Ces chiffres sont à majorer de 50 % s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains.

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

- 08/10/08**
- Au chapitre I – Peau et tissu cellulaire sous-cutané :
 - Prélèvements aseptiques à différents niveaux des muqueuses ou de la peau, quel qu'en soit le nombre pour examen cytologique, bactériologique, parasitologique, mycologique ou virologique à l'exception de biopsies 3
 - Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique 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 préalable³⁰
- 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 Queeckaert Stockey 8

- Le chapitre II – Orbites – 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.

28/06/24 1° Préparation à la naissance et à la parentalité

L'examen médical du futur co-parent réalisé au cabinet défini à l'article L. 2122-3 du code de Santé publique, est facturé par le médecin avec le code prestation EPG.

L'examen est valorisé comme une consultation de référence à tarif opposable.

Il est pris en charge à 100% sur le risque maternité.

Le code EPG ne se cumule avec aucune majoration conventionnelle ou définie en NGAP.

2° 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

06/10/20

- 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 correspond à l'entretien prénatal précoce obligatoire, elle 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

28/09/11

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

3° Accouchements et actes complémentaires

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

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

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

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

4° 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 10K

Psychothérapie de groupe (accord préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de $\frac{3}{4}$ d'heure :

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

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 périnéosphinctériennes, 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 IV – Cures thermales, à l'article 2 – Honoraires de surveillance médicale, sont ajoutées les dispositions suivantes :

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 08/06/1960 relatif au remboursement, au titre de l'Assurance Maladie, des honoraires de surveillance médicale des cures thermales et des frais de traitement dans les établissements thermaux, les honoraires dus aux médecins pour la surveillance des cures thermales sont calculés sous la forme d'un forfait, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celle des lettres clés visées à l'article 2 de la présente Nomenclature.

Sous réserve des exceptions prévues à l'article 3 ci-après, le forfait de surveillance médicale des cures thermales rémunère tous les actes accomplis y compris les 3 consultations minimum requises pour une cure complète et se rapportant directement à l'affection ayant provoqué la cure. Il peut être facturé au maximum trois fois par patient quel que

13/01/22

25/09/13

29/10/24

soit le nombre de médecins intervenants.

Cas particulier

Lorsque deux orientations thérapeutiques sont traitées par deux médecins : le praticien surveillant l'orientation principale est rémunéré par le forfait STH et le praticien surveillant l'orientation secondaire, par le forfait THR.

Lorsque le médecin généraliste assure seul la surveillance de 2 deux orientations thérapeutiques, il a la possibilité de coter un forfait STH et un THR (dont la valeur correspond à 0,5 STH).

Quel que soit le nombre de consultations réalisées, la rédaction d'un document destiné au médecin prescripteur devra être réalisée à l'issue de la cure.

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

- identification du médecin thermal, de l'établissement thermal, du médecin prescripteur et du curiste ;
- dénomination du traitement thermal : 1ère et 2e orientations thérapeutiques ;
- déroulement de la cure : pratiques médicales complémentaires, éventuels problèmes survenus durant la cure, traitements non thermaux prescrits ;
- conclusion de fin de cure : proposition diagnostique et thérapeutique.

Ce document retraçant l'évolution de la cure est tenu à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

- 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
18/01/10

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

18/01/10
06/07/07

Supprimer la lettre clé P

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

0021 : Majoration provisoire

B 50

0022 : Majoration provisoire

B 100

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

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration 0021.

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

09/07/09

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

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

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

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

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

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

04/03/20

0024 Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre d'un dépistage individuel

Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques

Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire

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

.....B 100

0031 Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre d'un dépistage organisé

Indication : selon l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire

Environnement spécifique :

- conformément au cahier des charges défini par l'arrêté en vigueur relatif à

l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

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

.....B 100

0025 Examen anatomopathologique par hybridation in situ

Indication : selon les recommandations de bonne pratique

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

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

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

Formation : spécifique

Environnement : spécifique

.....B 500

31/01/19 Le libellé de l'acte 0013 est modifié comme suit, les actes 0026, 0027, 0028, 0029 et 0030 sont créés.

Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents

Les actes 0013, 0026, 0027, 0028, 0029 et 0030 sont incompatibles.

0013 **FCU-DI** Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuelB 47

0026 **FCU-DI** Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel B 47

04/03/20 Par dépistage individuel (DI), on entend dépistage ne s'inscrivant pas dans un programme national de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, mais dont la pertinence, la population cible, les indications et conditions de réalisation font l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé.

0027 **FCU-DO*** Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus dans le cadre du dépistage organisé B 47

0028 **FCU-DO*** Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus cadre du dépistage organisé B 47

Par dépistage organisé (DO) on entend dépistage défini dans un programme national de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique et répondant au cahier des charges correspondant à la thématique publié par arrêté ministériel».

* Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les actes FCU_DO (0027 ou 0028) sont pris en charge à 100 %

0029 **FCU-DC** Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus B 55

0030 **FCU-DC** Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus ...B 55

Les indications de prises en charges des examens cytopathologiques de contrôle **FCU_DC** (acte 0029 et 0030) sont celles des recommandations pour la pratique clinique de septembre 2002 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [ANAES]:

– atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée [ASC-US] ou

lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade [LGSIL];

– absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité [NIL/M], en présence de modifications réactionnelles ou après préparation oestrogénique chez la femme ménopausée;

– surveillance de lésion malpighienne intra-épithéliale, carcinome malpighien ou anomalies des cellules glandulaires, après colposcopie avec biopsie dirigée, curetage de l'endocol et/ou de l'endomètre, conisation ou hystérectomie selon le système de Bethesda

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**
04/07/06 **et des 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.»

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

16/03/10 «Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du Chapitre V du présent Titre, la Haute autorité de santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'Assurance maladie.

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

- a) pour les rééducations figurant au a) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débiter la rééducation. A celle-ci est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes et motivant le caractère exceptionnel de ce traitement.
- b) pour les rééducations figurant au b) du Chapitre V du présent Titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes lorsqu'à titre exceptionnel une prolongation du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. A celle-ci est jointe une prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes. Cet argumentaire apporte des

précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement. Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la demande d'accord préalable est faite dans les mêmes conditions. »

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

- est ajouté au début de l'alinéa : « Dans les situations de rééducation non inscrites au chapitre V du présent titre,... » .
- est ajouté à la fin de l'alinéa : « Les séances réalisées dans le cadre d'une rééducation prévue au chapitre V du présent titre ne sont pas comptées dans les 30 séances. »

09/02/12

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

27/04/06

Au chapitre II

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

Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires	
- atteintes localisées à un membre ou à la face	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

8

16/03/10

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

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

- Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien

- b) Situations médicales nécessitant à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des séances au-delà du traitement habituel défini :

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

31/05/13	dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
31/05/13	après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	de 1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
26/11/13	après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	de 1 à 30 séances pour une série d'actes	à partir de la 31ème séance
26/11/13	après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	de 1 à 30 séances	à partir de la 31ème séance
26/11/13	dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	de 1 à 10 séances	à partir de la 11ème séance
26/11/13	dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	de 1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance

03/04/07

14/12/23
21/01/26 **Ibis. 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**

Les actes de rééducation personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, présent au titre XIV, peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils font l'objet d'une prescription écrite du médecin (sauf dispositions législatives ou dispositions réglementaires dérogatoires) mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute (dérogation à l'article 5 des Dispositions générales). Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

La Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie correspondant à des situations médicales :

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

Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 14-B des Dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien.

Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.

À chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause.

Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

Il est possible d'effectuer deux séances le même jour à la condition d'avoir deux prescriptions distinctes, pour des affections en rapport avec des articles de la NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisés lors de deux séances distinctes facturées à taux plein par dérogation à l'article 11B de dispositions générales.

Au **Titre XIV**, au Chapitre I. Actes de diagnostic, Section 1. Actes isolés est remplacé par les dispositions suivantes :

27/05/21 Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :		
- pour un membre	5	AMK
- pour deux membres ou un membre et le tronc	8.5	AMK
- pour tout le corps	10	AMK
Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment : - l'essentiel des déformations constatées ; - le degré de liberté de ses articulations avec mesures ; - éventuellement, la dimension des segments des membres, etc. Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.		
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :		
- pour un membre	5	AMK
- pour deux membres	10	AMK
- pour tout le corps	20	AMK
Bilan de repérage de la fragilité de la personne âgée de 70 ans ou plus Ce bilan, conforme au programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé, peut être réalisé à l'initiative du masseur-kinésithérapeute à l'occasion d'une prise en charge d'un de ses patients. Un compte rendu de l'acte de repérage doit être obligatoirement adressé au médecin traitant ou, le cas échéant, au médecin prescripteur. Le masseur-kinésithérapeute doit être en capacité de réaliser le dépistage conformément au programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé.	10	AMK

Au Titre XIV, au chapitre I,

Section 2 - BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE EFFECTUÉ PAR LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III.

1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

a) Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.

Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :

- l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ;
- l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

b) Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :

- la description du protocole thérapeutique mis en oeuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;
- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;
- les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;
- les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;
- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.

Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'accord préalable

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'accord

préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche.

À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

3. Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique

16/04/18

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
La cotation du bilan est forfaitaire.		
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30 ^e séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous.	10,7	AMK
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60 ^e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.	10,8	AMK

03/04/07

14/12/23 **Au Titre XIV**, au chapitre II, l'article 1^{er} - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques – est modifié comme suit :

Les cotations afférentes aux actes de cet article comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.

A-Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du rachis (hors déviations latérales ou sagittales du rachis de l'article 1 E.)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16 ^{ème} séance ou à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois	8,09	RAM

<i>précédents</i>		
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel		
- sans chirurgie	8,11	RAM
- avec chirurgie	8,09	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal		
- sans chirurgie	8,10	RAM
- avec chirurgie	8,08	RAO
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents	8,07	RAM
Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 10 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance	8,08	RAM
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis cervical (hors référentiel)		
- sans chirurgie	8,12	RAM
- avec chirurgie	8,10	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis		
- sans chirurgie	8,13	RAM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8,11	RAO

B - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre supérieur et de sa racine (hors amputations - l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien <i>Acte soumis à référentiel : un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement (situation médicale ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation)</i>	8,09	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main (hors référentiel)		
- non opérée	8,10	VSM

- opérée	8,11	VSC
Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 25 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26 ^{ème} séance		
- non opérée	8,11	RSM
- opérée	8,10	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 30 séances pour une série d'actes - nécessité d'un accord préalable à partir de la 31 ^{ème} séance		
- non opérée	8,12	RSM
- opérée	8,12	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du coude ou de l'avant-bras (hors référentiel)		
- non opérée	8,09	VSM
- opérée	8,09	VSC
Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 25 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26 ^{ème} séance	8,09	RSM
Rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 50 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 51 ^{ème} séance Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).	8,11	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 30 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 31 ^{ème} séance	8,10	RSM
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras (hors référentiel)		
- non opérée	8,08	VSM
- opérée	8,10	VSC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur		

- sans chirurgie	8,11	VSM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8,12	VSC

C - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre inférieur et de sa racine (hors amputations de l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied		
- opérée	8,11	RIC
- non opérée <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 10 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 11ème séance</i>	8,10	RIM
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied (hors référentiel)		
- non opérée	8,10	VIM
- opérée	8,11	VIC
Rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 25 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance</i>	8,12	RIC
Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou <i>Acte soumis à référentiel avec</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 40 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 41ème séance</i>	8,08	RIC
Rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 15 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance</i>	8,09	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe (hors référentiel)		
- non opérée	8,11	VIM
- opérée	8,10	VIC
Rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 15 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance</i>	8,10	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection de la hanche ou de la cuisse (hors référentiel)		

- non opérée	8,09	VIM
- opérée	8,09	VIC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre inférieur		
- sans chirurgie	8,12	VIM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8,12	VIC

11/03/26 D - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)		
- sans chirurgie	9,79	TER
- avec chirurgie sur au moins un territoire	9,81	TER

E- Rééducation pour déviation latérale ou sagittale du rachis (personnes de moins de 18 ans)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation pour déviation du Rachis lombo-sacré	8,09	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis dorsal	8,08	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis cervical	8,11	DRA
Rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis	8,10	DRA

11/03/26 F- Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie des membres, y compris l'adaptation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation après amputation d'un membre supérieur	8,11	APM
Rééducation après amputation d'un membre inférieur	8,10	APM
Rééducation après amputation d'au moins 2 membres	9,80	APM

07/05/19 Au Titre XIV, au chapitre II – Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles :

27/05/21 Article 2 - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales
14/12/23 inflammatoires est remplacé par les dispositions suivantes :

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)		
- atteinte localisée à un membre ou le tronc	8	NMI
- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,01	NMI

07/05/19 Article 3 - Rééducation de la paroi abdominale

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	8,01	RAB
Rééducation abdominale du post-partum	8	RAB

27/04/06 Article 4 - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :		
- atteintes localisées à un membre ou à la face	8.5	NMI
- atteintes intéressant plusieurs membres	11,01	NMI
Rééducation de l'hémiplégie	9	NMI
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	12,01	NMI
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, notamment les affections neurodégénératives.		
- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8.51	NMI
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	11	NMI
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	11,99	NMI
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile, du stade initial aux conséquences à l'âge adulte.	12	NMI
Rééducation des enfants présentant une paralysie cérébrale ou	16	TER

un polyhandicap Cet acte s'intègre au parcours de rééducation et de réadaptation des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale (formation adaptée, objectifs de rééducation...). La prescription initiale de cet acte doit émaner de l'établissement ou du service sanitaire ou médico-social coordonnant le parcours de soins du patient. Les séances d'une durée de l'ordre de 30 minutes sont à adapter aux capacités physiques de l'enfant et au rythme des autres prises en charge.		
---	--	--

22/05/12 Article 5 - Rééducation des conséquences des affections respiratoires est remplacé par les dispositions suivantes :

16/04/18	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
07/05/19	Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique).	8,49	ARL
27/05/21	Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique.		
14/12/23	Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8,5	ARL
	Rééducation respiratoire préopératoire ou post-opératoire	8,51	ARL
	Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose. Comprenant : - la kinésithérapie respiratoire de ventilation et de désencombrement, - la réadaptation à l'effort, - l'apprentissage de l'aérosolthérapie, des méthodes d'autodrainage bronchique, des signes d'alertes respiratoires. La fréquence des séances de kinésithérapie dépend de l'âge et de l'état clinique du patient pouvant aller jusqu'à 2 séances par jour en cas d'encombrement important ou d'exacerbation	10	ARL
	Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée ARL 10.		
	Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle Comprenant : - kinésithérapie respiratoire ; - réentrainement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur. Conditions de facturation : Prise en charge par l'Assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.	28	ARL
	Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel Comprenant : - kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle ;	20	ARL

- réentraînement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur. Conditions de facturation : Prise en charge par l'assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.		
---	--	--

07/05/19

27/05/21

Article 6 - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7,99	ARL
Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	8	ARL
Rééducation des troubles de la déglutition isolés	8,01	ARL

Article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires

31/03/15

07/05/19

27/05/21

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	8,01	RAV
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	7,99	RAV
Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel :		
pour un membre ou pour le cou et la face	8	RAV
pour deux membres	9	RAV
Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème	15,5	RAV
INDICATIONS : Phase intensive du traitement du lymphœdème sous réserve de l'existence des critères suivants : - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral, - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein, - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages), - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphœdème et à la raideur de l'épaule NON-INDICATIONS La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs CONTRE-INDICATIONS : - les pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non		

diagnostiquées ou traitées - l'insuffisance cardiaque décompensée - les tumeurs malignes non traitées - l'hyperalgie de l'épaule - la présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous claviculaire - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK. Source: rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein – décembre 2012 La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.		
Supplément pour bandage multicouche :		
un membre	1	RAV
deux membres	2	RAV

06/11/18 Article 8 - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	8.5	RAB
	7,5	SF

14/12/23

27/05/21 Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

14/12/23

Désignation de l'acte	Coef ficient	Lettre clé
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	8.5	RPE

27/05/21 Article 10 - Rééducation des patients atteints de brûlures

14/12/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.		
Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	8	RPB
Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9	RPB

14/12/23

Article 11 – Soins palliatifs

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions	12	PLL

14/12/23 Chapitre IV – DIVERS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Kinébalnéothérapie.		
Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément		
- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m)	2,5	AMK
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m)	3,5	AMK

14/12/23 Chapitre V Rééducations soumises à référentiel, abrogé

14/12/23 Au Titre XV, au chapitre V abrogé

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

15/10/13 Au Titre III, ch VII, abrogé

13/12/07 Article 2, abrogé

15/10/13

27/11/24 **Article 14.9.4 – Acte de téléexpertise d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme**

Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit « professionnel de santé requérant » et donnée par un médecin ou une sage-femme dit « professionnel de santé requis ».

Pour les demandes bucco-dentaires, l'expertise peut être sollicitée par un professionnel de santé d'un établissement médico-social dit « réquérant » et donnée par un chirurgien-dentiste ou un chirurgien-dentiste spécialiste dit « requis » ; ou bien l'expertise peut être sollicitée par un chirurgien-dentiste dit « requérant » et donnée par un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste dit « requis ».

La téléexpertise est réalisée en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation de la sage-femme, du médecin ou du chirurgien-dentiste requis.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre à la sage-femme, au médecin ou au chirurgien-dentiste requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Le chirurgien-dentiste peut intervenir dans le cadre d'une sollicitation d'une télé-expertise pour des demandes bucco-dentaires d'une personne accueillie au sein d'un établissement médico-social mentionné au 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles par un professionnel de santé de la structure. Le chirurgien-dentiste ne peut être sollicité par un établissement médico-social que s'il est connu par le patient.

Le chirurgien-dentiste peut également dans le cadre d'une suspicion cancéreuse de pathologie dermatologique orale ou d'une maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire solliciter une télé-expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste en rapport avec les pathologies mentionnées.

Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations. Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant. L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte et au médecin traitant.

Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de :

- 4 actes par an, par médecin ou par chirurgien-dentiste requis, pour un même patient ;
- 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient.

L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

Le médecin requis doit répondre à la demande de téléexpertise dans un délai de 7 jours.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.

27/11/24 Article 14.9.6 – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme ou d'une téléexpertise par un chirurgien- dentiste auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste

L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures- podologues et infirmiers.

Pour des demandes bucco-dentaires, le chirurgien-dentiste dit « requérant » sollicite une télé- expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste.

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels. La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP. La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par la lettre clé RQD dans la limite :

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient.
- 4 actes par an, par un chirurgien-dentiste requérant pour un même patient.
- 2 actes par an par orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, sage-femme ou pédicure- podologue requérant, pour un même patient.
- 4 actes par an par infirmier requérant, pour un même patient.

Par dérogation à l'article 11 B des dispositions Générales de la NGAP, cette demande peut être facturée au patient en complément de l'acte durant lequel le consentement du patient a été recueilli.

28/05/20 Article 15.8 – Consultations et majorations complexes

[...]

B) Consultation complexe pour les chirurgiens-dentistes

- **Consultation bucco-dentaire complexe du chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap**

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

27/11/24 Elle est facturable selon les consignes de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » définies à la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CXD.

15/01/24 Article 14.1.4 - Majoration pour la prise en charge par un chirurgien-dentiste des urgences dentaires en dehors des plages de permanence de soins dentaires

La consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste, pour la prise en charge des urgences dentaires sur demande de régulation médicale (centre 15 ou SAS) en dehors des plages de permanence de soins dentaires ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration, dénommée "soins non programmés (SNP)"

Le nombre de majorations SNP pouvant être cotées par un chirurgien-dentiste par semaine est limité à 10.

Cette majoration n'est pas cumulable avec un acte technique.

29/10/24 Article 14.1.5 – Majoration pour la visite réalisée au domicile du patient dans les 24 heures suivant l’appel de la régulation du SAS

Lorsque le médecin intervient au domicile du patient dans les 24 heures suivant l’appel de la régulation du SAS, il facture la majoration “MVR”. Cette majoration est applicable lorsque la visite est facturée à tarif opposable, et cumulable avec les majorations SNP, SHE et le code prestation MCY.

24/10/24 Art. 14.1.6. – Majoration des consultations en cas d’intervention sur demande du médecin correspondant dans les 4 jours ouvrés

La consultation du médecin traitant adressant le patient à un autre spécialiste pour une intervention dans les 4 jours ouvrés est valorisée par la majoration MUT. La consultation réalisée dans les 4 jours ouvrés par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant, le médecin urgentiste exerçant au sein d’un service d’urgence autorisé ou le médecin régulateur du Centre 15 est valorisée par la majoration MCU. Les majorations ne sont pas cumulables avec les autres majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins (article 22-3). Ces majorations ne peuvent être facturées qu’en cas de respect des tarifs opposables.

**15/01/24 Article 24 –Bilan dentaire spécifique (BDE) lors de l'entrée dans les
27/11/24 établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient.**

Le bilan dentaire spécifique des patients entrant en ESMS doit être réalisé dans les 12 mois et comprend a minima :

1. une anamnèse menée avec l'équipe de soins de l'établissement : recherche des facteurs de risque (perte d'autonomie au brossage, connaissance de l'existence de prothèses dentaires, mode d'alimentation mixée, eau gélifiée sucrée, prise de médicaments avec répercussions sur la salivation) ;
2. un examen buccal :
 - examen exo et endobuccal complet ;
 - évaluation des prothèses dentaires : vérifier l'ajustement, l'état des prothèses dentaires (conjointes et adjacentes) et l'identification des prothèses adjacentes ;

- évaluation de la salive : quantité et qualité ;
- 3. Une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire : vérifier la routine de brossage et donner des conseils sur les techniques de brossage adaptées à l'état du patient. Pour les personnes non autonomes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire seraient confiées au personnel des établissements ;
- 4. Une inscription dans le dossier médical du patient : état bucco-dentaire, présence et nature des prothèses, conseils d'hygiène, soins à réaliser.

Afin de facturer ce bilan, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie est : BDE

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

16/07/14
24/01/18 TITRE IV - ACTES PORTANT SUR LE COU

06/11/18 CHAPITRE II – LARYNX

07/05/19 **Article 2 - Rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage**

16/06/22
25/09/23
21/01/26 Pour des actes différents de rééducations individuelles de cet article, deux séances le même jour sont facturables, à la condition que celles-ci interviennent dans le cadre de deux projets rééducatifs distincts, qu'ils soient issus de deux prescriptions médicales distinctes ou de deux bilans distincts. Dans les autres cas, les cotations des actes figurant dans cet article ne sont pas cumulables entre elles le même jour.

Désignation de l'acte
Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste. Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis : 1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire : À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. 2. Bilan orthophonique d'investigation : À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.

À la fin du traitement pour les deux types de bilan orthophonique susvisés, une note d'évolution est adressée au prescripteur.

Le compte rendu pour les deux types de bilan susvisés est communiqué au service médical à sa demande.

Lorsque l'orthophoniste estime, après examen de la plainte, que la réalisation du bilan orthophonique (bilan 1 ou 2 supra) n'est pas adaptée et que le patient n'a pas besoin de séances de rééducation, il peut réaliser un « bilan de prévention et d'accompagnement parental ». Au cours de ce bilan, l'orthophoniste prodigue au patient ainsi que, le cas échéant, à la famille des conseils de prévention, un accompagnement et, si nécessaire, une orientation adéquate vers un professionnel médical. Il doit rédiger une note en retour au médecin prescripteur.

Ce bilan ne doit pas être suivi de séances de rééducation et il est substitutif à la réalisation d'un bilan orthophonique défini au 1 et 2 ci-dessus.

1-Bilans		
	Coefficient	Lettre clé
1-1 Bilan avec rédaction d'une note au prescripteur		
Bilan de prévention et d'accompagnement parental	20	AMO
1-2 Bilans avec compte rendu écrit obligatoire		
En cas de bilan orthophonique, en renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %		
Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques	26	AMO
Bilan de la phonation	33,98	AMO
Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	33,99	AMO
Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	34,01	AMO
Bilan de la communication et du langage écrit	34,02	AMO
Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)	34,03	AMO
Bilan des troubles d'origine neurologique	39,99	AMO
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	40,01	AMO

Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité	40,02	AMO
2-Rééducation individuelle		
Pour les actes suivants en rééducation individuelle, 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 en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9,7	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9,8	AMO
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	9,9	AMO
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	11,4	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	12,8	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	13,5	AMO
Éducation et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oro-oesophagiennes et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire), par séance	13	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	11,6	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	11,7	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	11,5	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance :	12,1	AMO
- Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	12,6	AMO

Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	12,2	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO
Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 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 en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	13,8	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	14	AMO
Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 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 en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques, par séance	15,7	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	15,6	AMO
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,4	AMO
3- Rééducation nécessitant des techniques de groupe		
La rééducation doit être effectuée à raison de deux à quatre patients au		

maximum par praticien.

Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.

Par 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 en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9	AMO
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	9	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	9	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	9	AMO
Education et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oro-oesophagiennes et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	9	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance :	9	AMO
- Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	9	AMO
Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	9	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	9	AMO

Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques, par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	9	AMO
Démütisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	9	AMO

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

15/10/13

A la première partie : « Dispositions Générales » :

a) A l'article 2-1 : Les lettres clés KC, SCM, PRO, SC, SPR, D et DC sont abrogées

b) A l'article 7, au D, la mention « sur la réalisation d'appareils de prothèses dentaires ou » est supprimée

c) A l'article 11, au B, au paragraphe 4 « Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas : », le b) est supprimé

d) A l'article 12, au A, les mots « (exemple : KC 50X1/3) » sont supprimés.

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

Au Chapitre III. « Plaies récentes ou anciennes »

Les actes suivants sont supprimés :

- Régularisation, épiluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles (DC 5)
- Extraction de corps étrangers profonds des parties molles (DC20)

A la deuxième partie, au titre III « Actes portant sur la tête »,

- Au Chapitre IV, l'article 3 : « Traitement de diverses lésions de la face» est supprimé
- Au chapitre V – « Bouche – Pharynx (parties molles) », les articles 2, 5 sont abrogés

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

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

15/10/13

17/12/13

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
La responsabilité de l'Assurance Maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire. Le traitement doit concerner les dysmorphoses corrigibles et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord sous peine de la caducité de celui-ci. L'accord préalable est nécessaire pour tout nouveau traitement et est valable pour un an. L'accord préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins, ou en cas de changement de praticien, ou encore en cas de modification du plan de traitement. Le contrôle dentaire peut demander la			

communication des examens complémentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement.				
1° Examens				
Examens avec prise d'empreinte, diagnostic et durée probable du traitement (les examens spéciaux concourant à l'établissement de ce diagnostic, et notamment radiographie dentaire, radiographie et téléradiographie de la tête sont remboursés en sus)	15	TO ou ORT		
- avec analyse céphalométrique, en supplément	5	TO ou ORT		
2° Traitements (accord préalable)				
Rééducation de la déglutition et/ou de l'articulation de la parole : voir titre IV, chapitre II, article 2. Lorsque la rééducation et le traitement sont effectués par le même praticien, la cotation de la rééducation ne peut en aucun cas, s'ajouter à la cotation globale prévue pour le traitement d'orthopédie dento-faciale.				
Traitement des dysmorphoses :				
- par période de six mois	90	TO ou ORT	AP	
- avec un plafond de	540	TO ou ORT	AP	
Lorsqu'une phase de traitement est effectuée en denture lactéale ou mixte, elle est limitée à trois semestres. Exceptionnellement, un quatrième semestre peut être accordé après examen conjoint du patient avec le praticien-conseil.				
En cas d'interruption provisoire du traitement : séance de surveillance (au maximum 2 séances par semestre)	5	TO ou ORT	AP	
Contention après traitement orthodontique :				

20/04/22	Un avis technique favorable pour la contention ne peut être donné que si le traitement a donné des résultats positifs et dans la mesure où il se justifie techniquement :				
	- première année	75	TO ORT	ou	AP
	- deuxième année	50	TO ORT	ou	AP
	Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	180	TO ORT	ou	AP
	Orthopédie dento-faciale des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :				
	Facturation : - forfait annuel, facturé à la fin de l'année de soins ou - forfait semestriel, facturé à la fin du semestre de soins	200 100	TO ORT TO ORT	ou	AP AP
	Facturation : en période d'attente	60	TO ORT	ou	AP
	Traitement d'orthopédie dento-faciale au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires, pour une période de six mois non renouvelable	90	TO ORT	ou	AP
15/10/13	La demande d'accord préalable doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale, motivant l'exécution du traitement				
	- Le chapitre VII : Dents, gencives est abrogé : - Le chapitre VIII : « Prothèses restauratrices maxillo-faciales » est abrogé. - Les directives nationales d'assimilations dentaires sont abrogées.				
12/05/16	A la troisième partie : nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes, au titre I – actes de radiodiagnostic : La phrase suivante : « Conformément à la décision UNCAM du 11/03/05 les actes du titre I ne peuvent être facturés que par les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes » est remplacée par les dispositions suivantes : « Les				

12/05/16	actes du titre I ne peuvent être facturés que par les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale ». a) Au chapitre Ier – Dispositions générales, à l'article 1^{er} – Conditions générales de prise en charge, les termes « le médecin » sont remplacés par les termes « le praticien ».
13/09/12 20/03/12 12/05/16	L'article 3 – Actes effectués en dehors de l'unité d'imagerie est supprimé. En conséquence, l'article 4 – Circonstances particulières devient l'article 3 – Circonstances particulières. b) Au chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette – à l'Article 3 – Tête, les notes suivantes sont ajoutées aux actes concernés suivants :
20/08/18	Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique).....15 Z Facturation : Ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique) : Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique. Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence.....15 Z Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique. Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus.....20 Z Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.
15/10/13	Au Chapitre II – Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette, A l'article 3 – Tête, «Les Examens intrabuccaux » sont abrogés. c) Au chapitre IV – Examen divers, la note suivante est ajoutée à l'acte concerné suivant : Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes.....15 Z Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire
05/02/08	VI. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes : A. – A la première partie : Dispositions générales

	A l'article 2 : Lettres clés et coefficients, introduire les lettres clés suivantes : • CG : examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme • SP : séance de suivi postnatal réalisé par la sage-femme
14/02/13	La lettre-clé « CG : examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme », est supprimée.
17/06/15	La lettre-clé « KE – Acte d'échographie, d'échotomographie ou de Doppler pratiqués par la sage-femme », est supprimée. Remplacer la lettre-clé SF par : « SF – Actes pratiqués par la sage-femme ».
02/10/12 18/04/14 17/06/15	A l'article 11 - Actes multiples au cours de la même séance : Introduire la lettre clé SP au paragraphe B. Le paragraphe A - Actes effectués dans la même séance qu'une consultation est remplacé par : Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP. Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie. Exception : - la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade »
05/02/08	A l'article 14 – Actes effectués la nuit ou le dimanche Introduire les lettres clés CG et SP B. – A la deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes
02/10/12 14/02/13 18/04/14 17/06/15	Au Titre XI « Actes portant sur l'appareil génital féminin », au chapitre I « En dehors de la gestation », l'article 2 « Suivi gynécologique réalisé par la sage-femme » est ainsi modifié : Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale.....22,4 SF

05/02/08 02/10/12 14/02/13 18/04/14 17/06/15 12/05/16	Au chapitre II « Actes liés à la gestation et l'accouchement », la section 2 « Actes réalisés par les sages-femmes » est remplacée par : Dans le cadre du suivi post-natal une consultation de l'enfant peut être facturée par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie. Cette consultation s'intègre dans la prise en charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 du Code de la santé publique.
06/11/18	Le 1° « Accompagnement médical de la grossesse réalisé par la sage-femme », est supprimé (décision UNCAM du 14 février 2013). 2° Notations propres à la sage-femme : Bilan valorisant les missions de prévention des sages-femmes dans le cadre du parcours de soins, réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée. Cette examen intègre notamment des informations de suivi de la femme enceinte en <i>pré, per et post partum</i>, incluant le contact anténatal en vue de préparer la sortie de maternité, des informations sur la vaccination, toutes mesures de santé publique (tabac, conduites addictives...) ainsi qu'une information relative au bilan buccodentaire du 4^{ème} mois : SF 12,6 Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive : 9 SF Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin : - grossesse unique : 15,6 SF - grossesse multiple : 22,6 SF Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. A réaliser à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux, sauf en cas d'urgence dûment justifiée dans le compte-rendu). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur : - grossesse unique : 12,5 SF - grossesse multiple : 19,5 SF Pour les deux libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal 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

06/10/20	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 prénatal précoce obligatoire 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).
06/11/18	• 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. • 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.
06/09/23	Par dérogation à l'article 11, deux séances de préparation à la naissance et à la parentalité effectuées le même jour à des moments distincts peuvent se cumuler à taux plein.
06/09/23	4° Forfait de surveillance pour accouchement en maison de naissance Le forfait de surveillance du travail et le forfait du post partum immédiat sont facturables après un accouchement en maison de naissance par la sage-femme qui réalise l'accouchement et qui remplit les obligations dévolues à la sage -femme référente. En cas d'indisponibilité de la sage-femme référente, la sage-femme qui a été associée au suivi de la parturiente, qui l'a prise en charge au moins une fois, et qui réalise l'accouchement, sera celle qui pourra prétendre aux forfaits de surveillance d'accouchement. Ces forfaits ne peuvent pas être tarifés avec une majoration ou un autre acte de la nomenclature NGAP ou CCAM en dehors des actes d'accouchement. Ces forfaits sont cumulables entre eux et avec un acte d'accouchement à taux plein. • Forfait de surveillance du travail d'accouchement d'une femme en maison de naissance n'ayant pas été hospitalisée pour son accouchement : 2 FMN • Forfait de surveillance en maison de naissance du post partum immédiat d'une femme n'ayant pas été hospitalisée en post partum immédiat ou le jour de son accouchement : FMN. 5° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J0 à J12 (J0 étant le jour de l'accouchement) Pour un enfant : - pour les deux premiers forfaits ou les quatre premiers forfaits si retour à domicile a eu lieu de J0 à J1 : 16,5 SF - pour les autres forfaits : 12 SF Pour deux enfants ou plus : - pour les deux premiers forfaits ou les quatre premiers forfaits si retour à domicile a eu lieu de J0 à J1 : 23 SF
06/09/23	

	- pour les autres forfaits : 17 SF La consultation ou la visite ne sont pas cumulables avec un acte inscrit à la nomenclature. La majoration MS se cumule avec le forfait journalier de surveillance à domicile pour les deux premières visites de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s) réalisées entre J0 et J2 lorsque la femme rentre à domicile le jour de son accouchement (J0). Elle est non facturable avec la majoration forfaitaire conventionnelle (DSP).
28/03/22	6° Séances d'entretien et de suivi postnatal
06/09/23	Il s'agit de séances individuelles ou collectives, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif. Une séance d'entretien individuel doit être proposée : - systématiquement de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine après l'accouchement. Cette séance, dite « entretien postnatal précoce » est obligatoire. Elle doit notamment permettre de détecter d'éventuelles difficultés psychiques chez la mère et doit avoir lieu préférentiellement à domicile ; - de la 10^{ème} à la 14^{ème} semaine après l'accouchement aux femmes primipares ainsi qu'aux femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (antécédents de dépression, facteur de risque identifié lors des séances précédentes, en particulier lors de la séance d'entretien post natal de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine après l'accouchement). - Les séances de suivi postnatal, individuelles ou collectives, sont réalisées dans la logique de prévention 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 d'entretien et de suivi postnatales ont pour objectifs : 1. de rechercher des difficultés et les facteurs de risques psychiques, en particulier de dépression du post-partum ; 2. de détecter les difficultés relationnelles avec l'enfant et de favoriser les liens d'attachement mère enfant en prodiguant des conseils pour certaines situations à risques ; 3. de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ; 4. de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ; 5. d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité ; 6. d'informer sur les enjeux liés à l'impact de l'environnement sur la santé de l'enfant et les mesures concrètes à mettre en œuvre au domicile. Ces séances doivent faire l'objet d'un compte rendu inscrit au dossier du patient, porté au dossier médical partagé (DMP) si celui-ci est ouvert. En tant que de

besoin, celui-ci est adressé au médecin traitant.

Lorsque l'entretien post natal de la 4ème à la 8ème semaine après l'accouchement est réalisé à domicile, le volet « santé environnement » s'attache à identifier les situations à risque et aider les parents à adopter des comportements sains pour leur santé et celle de leur bébé, et leur environnement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'entretien post natal de la 4ème à la 8ème semaine après l'accouchement (Entretien post natal précoce)		
- à domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance d'entretien post natal de la 4ème à la 8ème semaine (Entretien post natal précoce) au cabinet	12	SP
Séance d'entretien post natal de la 10ème à la 14ème semaine après l'accouchement au domicile		
- au domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance de suivi post natal du 8ème jour à 14ème semaine après l'accouchement		
- par patiente ou couple	9	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 2 ou 3 femmes ou couples	7	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 4 ou 6 femmes ou couples	6	SP

Au maximum, peuvent être pris en charge :

- un entretien post natal systématique suivi d'un second entretien pour les femmes éligibles ;

- ainsi que deux séances de suivi post natal (individuelle et/ou en collectif).

17/06/15 **Le Titre XIV** – actes de rééducation et de réadaptations fonctionnelles est modifié comme suit :

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

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

06/11/18	<table border="1"> <tr> <th data-bbox="140 192 892 284">Désignation de l'acte</th><th data-bbox="892 192 1062 284">Coefficient</th><th data-bbox="1062 192 1204 284">Lettre clé</th></tr> <tr> <td data-bbox="140 284 892 374" rowspan="2">Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback</td><td data-bbox="892 284 1062 374"></td><td data-bbox="1062 284 1204 374"></td></tr> <tr> <td data-bbox="892 374 1062 465">7,5</td><td data-bbox="1062 374 1204 465">SF</td></tr> </table>	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback			7,5	SF	
Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé								
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback										
	7,5	SF								
14/12/23	Au Titre XV « Actes divers », Chapitre V « Actes utilisant les agents physiques », l'article premier « Actes de diagnostic » est supprimé. .									
06/11/18 06/09/23 29/10/24	VIbis. L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes et les médecins : Art. 14.1.3. – Majorations pour la prise en charge par une sage-femme ou par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures. La consultation réalisée sous 48 heures par la sage-femme ou le médecin correspondant autre que le médecin traitant sollicité par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins, ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration, dénommée "soins non programmés (SNP)". Lorsque cette consultation a lieu entre 19h et 21h le médecin correspondant facture en sus de la cotation SNP la majoration SHE. Les majorations SNP et SHE ne se cumulent pas avec: – la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents; – les autres majorations dédiées aux soins urgents (y compris la MU de l'article 14.1 de la NGAP) ou PDSA; – les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés; – les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant ; – la majoration MHP (article 22-4) Le nombre de majorations SNP pouvant être cotées par un médecin ou une sage-femme par semaine est limité à 20. Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient pour une prise en charge dans les 48 heures sur adressage du médecin régulateur d'une valorisation spécifique prévue à l'article 15.2.4. La majoration SNP ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient pour une prise en charge dans les 48 heures sur adressage du médecin régulateur d'une valorisation spécifique prévue à l'article 15.2.4. La majoration SHE n'est pas ouverte à la facturation des psychiatres et des sages- femmes.									

06/09/23	Article 14.2. - Majoration de déplacement Lorsque le médecin généraliste ou le gériatre se déplace au domicile d'une personne 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 la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet. Lorsque la sage-femme, se déplace au domicile d'une personne dont la situation ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet, ce déplacement donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD pour les actes suivants : - les visites ou les actes réalisés lors de la période postnatale jusqu'à 14 semaines après l'accouchement ; - pour l'acte du titre XIV de la NGAP d' « observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin » ; - pour l'acte d' « observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive. La MD est facturable par tous les médecins, toutes spécialités confondues, dans le cas particulier suivant : déplacement pour pratiquer des soins aux personnes en situation de handicap dans le cadre de dispositifs de consultations dédiés dans les structures de soins spécialisées. Dans tous les cas le médecin communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande. Dans les cas particuliers ci-dessous les règles de facturation de la MD sont les suivantes : 1- La nuit, le dimanche et les jours fériés, l'acte donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement. Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDN pour les actes de nuit effectués dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 14 et peut faire l'objet d'une différenciation en fonction de l'heure de réalisation de l'acte. Elle est dénommée MDD pour les actes réalisés le dimanche et les jours fériés. 2-La facturation de la MD peut se cumuler avec la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM. 3-La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées aux articles 14 et 14.1 ci-dessus. 4-Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin généraliste ou le gériatre intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées tel que mentionné à l'article 13-1 pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration peut être facturée pour chaque patient dans la limite de trois par déplacement. 5 - Si l'un ou l'autre des domiciles du patient ou du cabinet du médecin se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne et de ses évolutions en vigueur), le médecin généraliste ou le gériatre facture le code MDM. La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.
29/10/24	
21/06/17 29/04/20	L'article 14.8 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis, modifié comme suit :

13/01/22	Article 14.8. – Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme La consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention est dénommée CCP. Cette consultation à fort enjeu de santé publique est réservée aux jeunes de moins de 26 ans et prise en charge dans les conditions définies à l’alinéa 21° de l’article L. 160-14 du code de la sécurité sociale. Cette consultation permet d’aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle). Lors de cette consultation le médecin ou la sage-femme donne en particulier des informations sur les méthodes contraceptives et sur les infections sexuellement transmissibles. Il conseille, prescrit et explique l’emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses. Il inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.	
06/09/23	Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme. Elle ne peut être facturée qu’une seule fois par patient. Cette consultation est facturée à tarif opposable. Cette consultation complexe ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l’annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016. Le médecin ou la sage-femme doit informer du droit à l’anonymat pour cette prestation et doit respecter la décision du patient en utilisant le cas échéant un NIR anonyme.	
10/07/18 06/11/18 07/12/21 28/03/22 07/08/23 29/10/24	L’article 14.9.3 est supprimé de la partie I et intégré dans la partie VI bis, modifié comme suit : Article 14.9.3. – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant » La téléconsultation est une consultation à distance réalisée entre un médecin quelle que soit sa spécialité médicale ou une sage-femme dit « téléconsultant », et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. L’opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas soit par le médecin traitant et le médecin correspondant d’une part, soit sage-femme d’autre part. Tout patient, si son état est compatible avec ce mode d'examen, peut accéder à une téléconsultation, après avoir été informé des conditions de réalisation de cette dernière, et donné son accord. Toute téléconsultation est réalisée à l'aide d'un moyen de vidéotransmission, dans les conditions de réalisation définies à la convention médicale en vigueur et à l’article 7.4.1.2.1 de la Convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et l’Assurance maladie. Le médecin ou la sage-femme qui assiste, le cas échéant, le patient, au moment de la réalisation de la téléconsultation, peut facturer une consultation dans les mêmes conditions de facturation de la consultation de référence ou coordonnée définie à la convention médicale en vigueur ou Convention des sages-femmes précitée.	
	A) Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » Sauf dérogations inscrites à la convention en vigueur, la téléconsultation se déroule dans le respect du parcours de soins coordonné. Hors parcours de soins, elle s’inscrit dans le cadre de l’organisation territoriale décrite dans la convention.	

La téléconsultation s'inscrit également dans le principe d'une réponse territorialisée, c'est-à-dire que seul un médecin du même territoire que le patient peut réaliser la téléconsultation. Il existe des exceptions à ce principe de territorialité lorsque le patient est orienté par le régulateur du service d'accès aux soins en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ou lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins. Ces exceptions sont mentionnées dans la convention médicale en vigueur.

Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

La téléconsultation comporte un entretien avec le patient et éventuellement un examen clinique si le patient est accompagné d'un professionnel de santé ou si l'équipement disponible le permet, ainsi que l'examen de documents transmis par le patient ou par son représentant. Elle peut être conclue par une prescription télétransmise au patient par un moyen sécurisé.

Le compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. Il est également porté, le cas échéant, au dossier médical partagé (DMP) du patient si celui-ci est ouvert.

Pour le médecin exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque le tarif opposable est respecté :

- Le généraliste ou spécialiste de médecine générale facture le code TCG
- Le pédiatre facture : pour l'enfant de moins de deux ans le code TCH ; pour l'enfant de deux ans à moins de six ans le code TCK et pour l'enfant de 6 ans et plus le code TCS.
- Les autres spécialités facturent le code TCS.

La téléconsultation est facturable, avec le code TC, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils ne respectent pas les tarifs opposables.

Les actes respectivement nommés TCG, TCS, TCH, TCK et TC ne sont pas facturables avec la majoration MCS et les majorations d'urgence de l'article 14 (F, MM, MN).

Ces actes peuvent être facturés pour un patient hospitalisé.

B) Consultation à distance réalisée entre un patient et une sage-femme dite « téléconsultante »

Sauf dérogations conventionnelles, les patients doivent être connus de la sage-femme réalisant la téléconsultation c'est-à-dire avoir bénéficié précédemment en présentiel avec la sage-femme (ou avec une sage-femme appartenant au même cabinet ou à la même maison de santé pluriprofessionnelle) d'au moins une consultation ou d'un acte dans les douze mois. Dans le cadre du suivi de grossesse, une consultation en présence de la femme doit être réalisée avant la fin du premier trimestre.

Sauf dérogations conventionnelles, seule une sage-femme du même territoire que le patient, c'est-à-dire qui peut lui apporter des soins en présentiel lorsque la situation l'exige, peut réaliser la téléconsultation.

La sage-femme qui a réalisé la téléconsultation établit et archive un compte rendu dans son propre dossier patient. Un compte rendu peut être intégré par la sage-femme dans le dossier

	médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert. La téléconsultation par une SF est facturable avec la lettre clé TCG. Les majorations associées à ces téléconsultations s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient. La majoration conventionnelle MSF définie à l'article 7.3 de la convention des sages-femmes précitée ne se cumule pas avec la cotation du TCG.
06/11/18 08/01/20 13/01/22 28/03/22 29/10/24 27/11/24	L'article 14.9.4 est supprimé de la partie I et intégré dans les parties III et VI bis, modifié comme suit : Article 14.9.4 – Acte de téléexpertise d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit « professionnel de santé requérant » et donnée par un médecin ou une sage-femme dit « professionnel de santé requis ». Pour les demandes bucco-dentaires, l'expertise peut être sollicitée par un professionnel de santé d'un établissement médico-social dit « requérant » et donnée par un chirurgien-dentiste ou un chirurgien-dentiste spécialiste dit « requis » ; ou bien l'expertise peut être sollicitée par un chirurgien-dentiste dit « requérant » et donnée par un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste dit « requis ». La téléexpertise est réalisée en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception. Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation de la sage-femme, du médecin ou du chirurgien-dentiste requis. Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre à la sage-femme, au médecin ou au chirurgien-dentiste requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation. Le chirurgien-dentiste peut intervenir dans le cadre d'une sollicitation d'une télé-expertise pour des demandes bucco-dentaires d'une personne accueillie au sein d'un établissement médico-social mentionné au 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles par un professionnel de santé de la structure. Le chirurgien-dentiste ne peut être sollicité par un établissement médico-social que s'il est connu par le patient. Le chirurgien-dentiste peut également dans le cadre d'une suspicion cancéreuse de pathologie dermatologique orale ou d'une maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire solliciter une télé-expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste en rapport avec les pathologies mentionnées. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations. Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant. L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé

	requérant ayant sollicité l'acte et au médecin traitant. Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de : - 4 actes par an, par médecin ou par chirurgien-dentiste requis, pour un même patient ; - 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient. L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM. Le médecin requis doit répondre à la demande de téléexpertise dans un délai de 7 jours. L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.
18/07/19 08/02/23	Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin ou une sage-femme dit «téléconsultant L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée. Selon la situation, trois codes prestation sont prévus : - lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l'article 11B.4.c ; - lorsque l'acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier. Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour. - lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s'appliquent. La téléconsultation est organisée dans le respect du parcours de soins coordonnés selon les modalités définies à l'article 6.2.1 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers. La téléconsultation doit être obligatoirement réalisée par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1 de la convention nationale des infirmiers, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin. L'infirmier dispose des équipements nécessaires conformément, à l'article 6.2.3 et 6.2.5 de

	l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions Générales de la NGAP, l'acte d'accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n'a pas à faire l'objet d'une prescription médicale.
13/01/22 28/03/22 08/02/23 14/12/23 22/12/23 28/06/24 27/11/24	L'article 14.9.6 est supprimé de la partie I et intégré dans les parties III et VI bis, modifié comme suit : Article 14.9.6 – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme ou d'une téléexpertise par un chirurgien- dentiste auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures- podologues et infirmiers. Pour des demandes bucco-dentaires, le chirurgien-dentiste dit « requérant » sollicite une télé-expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste. Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels. La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP. La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations. Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation. Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par la lettre clé RQD dans la limite : - 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient. - 4 actes par an, par un chirurgien-dentiste requérant pour un même patient. - 2 actes par an par orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, sage-femme ou pédicure- podologue requérant, pour un même patient. - 4 actes par an par infirmier requérant, pour un même patient. Par dérogation à l'article 11 B des dispositions Générales de la NGAP, cette demande peut être facturée au patient en complément de l'acte durant lequel le consentement du patient a été recueilli.
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

Article 1 – Actes de pédicurie

Seuls les séances de traitement de verrues plantaires par kératolytiques et les actes de prévention du pied diabétique (POD) réalisées par les pédicures podologues ne sont pas soumises à prescription pour la prise en charge ou le remboursement par les caisses d'assurance maladie.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Rééducation d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	13,65	AMP	AP
	4	AMK	
Rééducation des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	20,5	AMP	AP
	6	AMK	
Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	6,8	AMP	AP
	2	AMK	
Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	10,2	AMP	AP
	3	AMK	
Pansement petit	0,75	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,25	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	2	AMP	
Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	1,50	AMP	
Traitement pédicural de cas pathologiques du domaine du pédicure (hygromas, onyxis, etc.) non justiciable d'un acte opératoire, suivant prescription médicale, pansement compris :			
- pour la première séance	2	AMP	
- pour les suivantes	1,50	AMP	
Traitement pédicural par kératolytique d'une ou plusieurs verrues plantaires sur un ou deux pieds, facturable en 4 séances au maximum. Par séance, pansement compris Les séances ne sont pas facturables avec un POD ou un POT	31,7	AMP	

Article 2 - Actes de prévention de pédicurie-podologie

A) Actes de prévention du pied diabétique

15/05/21
22/12/23

Un patient diabétique peut bénéficier avec ou sans prescription d'un médecin, d'un bilan de gradation du risque podologique. Il comprend l'anamnèse, la gradation du risque podologique ainsi que des conseils de prévention adaptés. Si la gradation révèle un grade 0 ou 1, ce bilan est facturable une fois par an.

Un patient diabétique présentant des pieds à risque de grade 2 ou 3 peut bénéficier de la prise en charge d'un forfait de prévention par période d'un an. Un médecin peut prescrire ces actes 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 5 séances de soins de prévention
- 2)- Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 3* comprenant 8 séances de soins de prévention pour un patient présentant une plaie du pied du patient diabétique en cours de cicatrisation, et 6 séances de soins de prévention pour un patient ne présentant pas de plaie du pied diabétique.

** 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 demander d'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 comporte a minima :

- un examen des pieds ;
- une éducation du patient ;
- une évaluation du chaussage ;
- la mise en place d'un chaussage adapté, si nécessaire.

Le bilan de gradation correspond à une séance telle que définie ci-dessus à laquelle s'ajoute la réalisation d'une gradation du risque podologique.

La séance de soins de prévention du pied diabétique à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique est une séance telle que définie ci-dessus à laquelle s'ajoute des soins instrumentaux.

La séance avec bilan et soins pour prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique est une séance telle que définie ci-dessus à laquelle s'ajoutent la réalisation d'une gradation du risque podologique et des soins instrumentaux.

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 bilan de gradation du pied diabétique <i>Facturation limitée à une fois par an pour les grades 0 ou 1</i>	0,67	POD
Séance de soins de prévention du pied diabétique à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique	1	POD ou POT
Séance avec bilan et soins pour de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique, d'une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes	1,17	POD

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

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

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

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

La facturation, le même jour, pour un même patient, de deux séances de prévention ou d'une séance de prévention et d'un acte du titre XII - chapitre II, article 3 n'est pas autorisée.

27/10/17
04/07/17
19/07/12
29/09/22
22/12/23

B) Actes de prévention du syndrome main-pied dans le cadre de certains traitements de chimiothérapie oraux ou thérapies ciblées (érythrodysesthésie palmo-plantaire)

L'acte de prévention du syndrome main pied est pris en charge sur prescription d'un oncologue. Un compte rendu est adressé à l'oncologue et au médecin traitant du patient.

Seuls deux actes sont facturables au maximum par patient.

L'acte de prévention du syndrome main pied est :

– soit un bilan de prévention avant une chimiothérapie et/ou avant une thérapie ciblée.

Ce bilan podologique porte sur les risques liés à l'hyperkératose (zones d'hyper appuis plantaires) et les atteintes unguéales et péri unguéales ou les paronychies préexistante. Il comprend des conseils et de l'éducation à la santé, la prescription éventuelle de topiques cutanées spécifiques en cancérologie ou d'un appareillage sur le pied ainsi que le traitement des zones d'hyperkératose préexistantes selon les recommandations en vigueur de la HAS ;

– soit une séance de soins pendant les semaines du traitement de chimiothérapie.

Cette séance comprend la prise en charge des hyperkératoses pendant les semaines de pause du traitement, la protection des zones d'appui ainsi que des conseils d'hygiène et d'éducation à la santé, de chaussage du pied.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Acte de prévention du syndrome main pied	48	AMP

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

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

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
1) Préambule L'orthoptiste est seul habilité à réaliser les actes du présent article. Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie les actes effectués personnellement par un orthoptiste, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription initiale du médecin demandant un bilan ou par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R.4342-1-1 et R.4342-1-2 du code de la santé publique. Si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison avec l'orthoptiste. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription.			
2) Bilans orthoptiques - le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif ;			

	- l'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées ; - le compte-rendu, tenu à la disposition du service médical, comporte le diagnostic orthoptique argumenté et les objectifs, le plan de soins de la rééducation/du traitement orthoptique s'ils sont indiqués (justification nécessaire en cas d'absence d'indication à une rééducation) ; - le bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste ; - les actes de l'article 1 ne sont pas associables entre eux ni avec un acte de l'article 3 du présent chapitre ; - dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut, salarié ou libéral, de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée (sauf circonstance exceptionnelle dûment justifiée dans le compte-rendu) : - bilan orthoptique en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ; - bilan orthoptique et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002). Les circonstances exceptionnelles décrites dans la circulaire ad hoc sont les suivantes : - strabisme diagnostiqué ; - trouble neuro-ophtalmologique avéré ; - enfant atteint d'une pathologie oculaire grave : glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie du prématuré, rétinopathie congénitale, tumeur oculaire ou orbito-palpébrale ; - enfant porteur d'une maladie rare avec atteinte ophtalmologique avérée ou potentielle ; - basse vision chez l'enfant.				
	Bilan orthoptique des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision) avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2^e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins : - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs.	30	AMY		
08/08/23	Bilan des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2^e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins : - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs.	30,5	AMY		

	Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	10	AMY	AP
	Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles et un trouble neurosensoriel, accommodatif ou à un trouble de l'orientation du regard (hors enregistrement) avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	14,5	AMY	AP
	Bilan des troubles oculomoteurs : hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15	AMY	AP
	Bilan d'une amblyopie avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15,5	AMY	AP
29/09/22	3) Actes de rééducation Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes ayant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie. L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation ou du renouvellement du traitement en fonction de son évolution et de l'état de santé du patient. A tout moment, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec l'orthoptiste, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. A l'issue de la dernière séance, l'orthoptiste adresse au médecin prescripteur une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Celle-ci est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande. Une demande d'accord préalable doit être obligatoirement formulée pour tout renouvellement.			
08/08/23	Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle, de l'ordre de 30 mn pour les patients de 16 ans et de moins de 16 ans, de l'ordre de 45 mn pour les patients de plus de 16 ans. Cette rééducation est destinée : - aux patients ayant une pathologie oculaire ou des lésions d'origine traumatique, tumorale, neurologique et/ou vasculaire entraînant une déficience visuelle - aux patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neuro visuels objectivés dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (médical et paramédical)			
19/07/12	- Patients de plus de 16 ans - Patients de 16 ans et moins de 16 ans	19,2 13,2	AMY AMY	

17/12/13 06/11/18	Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	7	AMY	
	Traitement du strabisme par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	7,7	AMY	
	Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	4	AMY	

Article 2 - Orthoptie : actes avec enregistrements

Les enregistrements visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin (éventuellement par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R. 4342-1-1 et R. 4342-1-2 du code de la santé publique) sans réalisation d'un bilan au préalable.

Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée sans mesure de seuil
.....11,5 AMY
Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée avec mesure de seuil
.....12,3 AMY
Courbe d'adaptation à l'obscurité,.....9 AMY
Exploration du sens chromatique,.....6 AMY
Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score.....9 AMY

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

La facturation de cet acte est conditionnée à :

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

Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec transmission par autre moyen que la télétransmission au

médecin lecteur.....6,1 AMY
La facturation de cet acte est conditionnée à :
- une formation
- la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille
- la transmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur.
- Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase.
- Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil

29/09/22
13/04/23

Article 3 - Orthoptie : acte spécifique d'étude de la réfraction et de l'acuité visuelle

Les actes visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste.

Dans les conditions fixées par le décret n°2022-691 du 26 avril 2022, la réalisation des actes du présent article peut ne pas être soumise à prescription médicale préalable.

08/08/23

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation - Ces actes ne sont pas associables à un acte de l'article 1 du présent chapitre Lorsque cet acte donne lieu à une primo-prescription de verres correcteurs associés, le cas échéant, de lentilles de contact par un orthoptiste en accès direct chez un patient non appareillé.	8,7	AMY	

	Dans toutes les autres situations, dont le renouvellement de verres correcteurs précédemment prescrits, associés, le cas échéant, à des lentilles de contact. Dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut - salarié ou libéral - de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée : - la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ; - la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002).	8	AMY		
	Actes de dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant Chaque acte de dépistage n'est facturable qu'une fois par patient et sur la tranche d'âge concernée. Les 2 actes de dépistage ne sont cumulables ni avec un autre acte en AMY ni avec des actes médicaux. En cas de dépistage positif, l'orthoptiste oriente l'enfant vers un médecin ophtalmologiste. Ces actes doivent faire l'objet d'une mention dans le carnet de santé de l'enfant ou dans le dossier médical partagé s'il existe.				
	Dépistage de l'amblyopie chez les nourrissons âgés de 9 à 15 mois	7,7	AMY		
	Dépistage des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans	8,4	AMY		
10/07/18	VIII bis - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les médecins et les orthoptistes.				

A la première partie « Dispositions Générales » :

Article 6-1 - Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste (RNO)

Le bilan visuel s'adresse à des patients âgés de 6 ans à la veille incluse des 51 ans. La population cible et les conditions de réalisation de ce bilan visuel sont conformes aux protocoles de coopération validés par la HAS « *Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans* » et « *Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans* ».

Ce protocole s'adresse à des ophtalmologues et à des orthoptistes salariés ou libéraux exerçant dans un même lieu d'exercice et unique.

Le patient est connu de l'ophtalmologue (ou un de ses associés). L'accord du patient ou de son représentant est nécessaire pour la réalisation du bilan par l'orthoptiste en l'absence de l'ophtalmologue. Le bilan réalisé par l'orthoptiste inclut au moins l'interrogatoire, la détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction, la recherche de déséquilibre oculomoteur, la mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air (au-delà de 16 ans), la prise de rétino-graphie.

Sont exclus les patients :

- présentant des signes d'affection aigüe de l'œil,
- dont la dernière consultation avec l'ophtalmologue, ou un de ses associés, remonte à plus de 5 ans,
- porteurs d'une pathologie chronique connue et suivie,
- dont les traitements ou pathologies générales nécessitent un suivi ophtalmologique régulier,
- adressés par un autre médecin.

L'orthoptiste oriente le patient vers l'ophtalmologue si son état le nécessite.

L'acte ne peut être facturé qu'une seule fois par patient à l'issue de sa complète réalisation soit par l'ophtalmologue, soit par l'orthoptiste.

Pendant la période allant du bilan visuel réalisé par l'orthoptiste à la lecture du bilan par l'ophtalmologue (délai maximum de 8 jours pour la lecture du bilan et la facturation), ne sont pas autorisées la facturation :

- d'un bilan orthoptique, d'une mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, d'une exploration du sens chromatique, d'une rétino-graphie par un orthoptiste,
- des actes CCAM suivants : BGQP007, BGQP009, BGQP140, BLQP010, BJQP002,
- d'une consultation par l'ophtalmologue, sauf situation d'urgence.

L'acte n'est facturable avec aucune majoration listée dans la NGAP et listée dans la convention

	nationale des médecins et doit être réalisé à tarif opposable.																																																			
08/10/08 26/09/18	IX - 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 infirmières et les infirmiers.																																																			
08/02/23	Au Titre XVI - Soins infirmiers, Partie I – Soins infirmiers Chapitre I - Soins de pratique courante Article 1 - Prélèvements et injections <table><tr><th>Désignation de l'acte</th><th>Coefficient</th><th>Lettre clé</th></tr><tr><td>Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.</td><td>1,5</td><td>AMI ou AMX</td></tr><tr><td>Prélèvement par ponction veineuse directe</td><td>1,5</td><td>SFI</td></tr><tr><td>Saignée</td><td>5</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques</td><td>1</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Injection intraveineuse directe isolée</td><td>2</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Injection intraveineuse directe en série</td><td>1,5</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans</td><td>2</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Injection intramusculaire</td><td>1</td><td>AMI ou AMX ou SFI</td></tr><tr><td>Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance</td><td>5</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Injection sous-cutanée</td><td>1</td><td>AMI ou AMX ou SFI</td></tr><tr><td>Injection intradermique</td><td>1</td><td>AMI ou AMX ou SFI</td></tr><tr><td>Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur</td><td>3</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Injection d'un implant souscutané</td><td>2,5</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Injection en goutte à goutte par voie rectale</td><td>2</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription</td><td>2,4</td><td>AMI ou AMX</td></tr><tr><td>Vaccination sans prescription médicale</td><td>3,05</td><td>AMI ou AMX</td></tr></table>	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,5	AMI ou AMX	Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	SFI	Saignée	5	AMI ou SFI	Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI	Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI	Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI	Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI	Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX ou SFI	Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI	Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX ou SFI	Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI	Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI	Injection d'un implant souscutané	2,5	AMI ou SFI	Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI	Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou AMX	Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX
Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé																																																		
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,5	AMI ou AMX																																																		
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	SFI																																																		
Saignée	5	AMI ou SFI																																																		
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI																																																		
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI																																																		
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI																																																		
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI																																																		
Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX ou SFI																																																		
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI																																																		
Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX ou SFI																																																		
Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI																																																		
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI																																																		
Injection d'un implant souscutané	2,5	AMI ou SFI																																																		
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI																																																		
Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou AMX																																																		
Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX																																																		
18/07/19 13/01/22 02/06/26	Article 2 - Pansements courants																																																			

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales.	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un même membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés.	3	AMI
Autre pansement	2	AMI ou SFI
Pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) (ulcère, escarre, plaie chronique ou aiguë non chirurgicale)	2,02	AMI
Pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s)	2,02	AMI

18/07/19
13/01/22 **Article 3 - Pansements lourds et complexes**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.	11	AMI ou AMX
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une	4	AMI ou AMX

surface supérieure à 2% de la surface corporelle		
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX
Analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgesie la mise en attente. L'analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation. Lorsque l'analgesie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,1	AMI ou AMX
Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient. Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit.	4,6	AMI ou AMX

	Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement. Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Indications médicales selon les recommandations HAS.	2,1	AMI ou AMX																																							
	Article 4 - Pose de sonde et alimentation <i>Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers</i>																																									
	Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire <i>Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers</i>																																									
	Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire																																									
	<table><tr><th>Désignation de l'acte</th><th>Coefficient</th><th>Lettre clé</th></tr><tr><td>Injection vaginale</td><td>1,25</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie</td><td>1,5</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Cathétérisme urétral chez la femme</td><td>3</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Cathétérisme urétral chez l'homme</td><td>4</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme</td><td>3</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme</td><td>4</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances</td><td>3,5</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel</td><td>4,5</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire</td><td></td><td></td></tr><tr><td>Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)</td><td>1,25</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures</td><td>1</td><td>AMI ou SFI</td></tr><tr><td>Retrait de sonde urinaire</td><td>2</td><td>AMI</td></tr></table>	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI	Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI	Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI	Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI	Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI	Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI	Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI	Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI	Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire			Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI	Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI	Retrait de sonde urinaire	2	AMI		
Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé																																								
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI																																								
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI																																								
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI																																								
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI																																								
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI																																								
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI																																								
Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI																																								
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI																																								
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire																																										
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI																																								
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI																																								
Retrait de sonde urinaire	2	AMI																																								
	Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif																																									

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers

Article 9 – Perfusions (supprimé par décision UNCAM du 21/07/14)

18/07/19
29/09/20
02/06/26

Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile

Au cours d’une même séance, les actes de surveillance facturés en AMI du présent article ne sont pas cumulables entre eux.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance de la prise médicamenteuse au domicile (1) des patients présentant des troubles neurologiques, psychiatriques, cognitifs, sensoriels ou moteurs rendant impossible l’auto- administration des traitements avec établissement d’une fiche de surveillance, par passage. Les voies d’administration suivantes sont concernées : orale, ophtalmique, auriculaire, nasale, cutanée, vaginale et rectale. Cet acte est facturable une seule fois par passage, quel que soit le nombre de médicaments administrés ou le nombre de voies d’administration utilisées. Ne peuvent donner lieu à facturation les actes d’administration de médicaments que lorsqu’au moins un des médicaments administrés est remboursable par l’assurance maladie.	1,2	AMI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1	SFI	

	Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, avec un retour écrit au médecin. Trois séances incluant chacune : - prise de contact, - mise en œuvre, - évaluation et compte rendu, sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants : - Surveillance : relevé d'éléments cliniques objectifs : pouls, TA... - Observation : relevé d'éléments cliniques « subjectifs » : plainte, comportement... - Vérification de la : - o compréhension de ou des ordonnances par le patient et/ou son entourage, recherche de coprescripteurs, - o préparation du pilulier selon la ou les prescriptions en cours, - o prise médicamenteuse et selon contrainte horaire, par rapport aux repas, selon aliments..., - o gestion du stock médicamenteux selon le ou les prescripteurs (accumulation de médicaments, recherche d'automédication / médicaments autres), - Recherche de motifs de non prise des médicaments ou des modifications de posologie / recherche d'effet secondaire, - Recueil des éléments du contexte social pouvant retentir sur l'observance, - Recherche des éléments explicatifs d'une non observance en cours de traitement selon demande précise du médecin, - Retour au médecin prescripteur et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur. Les autres actes inscrits à l'article 10 peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement. Au cours de la même séance, l'acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec les autres actes de cet article.	Séance initiale 5,1, 2ème et 3ème séance 4,6	AMI		
28/02/17 21/07/17 18/07/19	Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de				

13/01/22 02/06/26	l'article 12 du même chapitre est abrogé			
18/07/19 13/01/22 08/02/23	Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente			
Désignation de l'acte		Coeffi cient	Lett re clé	AP
I. Élaboration du bilan de soins infirmiers (BSI) à domicile nécessaire à la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie				
Pour un même patient :				
- le bilan initial est coté		2,5	DI	
- les bilans de renouvellement réalisés à échéance des 12 mois sont cotés - les bilans intermédiaires éventuels (2 au maximum dans les 12 mois) en cas de situation clinique évolutive du patient impactant de façon substantielle sa prise en charge infirmière, sont cotés Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, la prise en charge d'un BSI intermédiaire ne nécessite pas de nouvelle prescription, sa facturation est rattachée à la dernière prescription médicale datant de moins de 1 an pour réalisation d'un BSI.		1,2	DI	
La cotation du bilan de soins infirmiers (BSI) inclut :				
Le BSI comporte 3 volets dématérialisés définis selon les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance Maladie. Un volet administratif: identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial, de renouvellement ou intermédiaire), date de réalisation du BSI, date de prescription et consentement du patient. Un volet médical comprenant notamment: - les indications relatives à l'environnement humain et				

matériel du patient, à son état et à son comportement ; - l'énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d'eux ; - les autres risques présentés par le patient ; - l'objectif global de soins et la prescription des interventions infirmières. Un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : nombre de passages par jour, prévu en situation habituelle, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'art.23.3 des Dispositions générales). Le BSI fait l'objet d'un échange avec le médecin prescripteur, en lien avec le médecin traitant via le téléservice BSI. Le BSI est automatiquement clôturé dans un délai de 5 jours en l'absence de réponse du médecin prescripteur.			
II. Les soins sont réalisés dans le cadre de forfaits, définis à l'article 23.3 des dispositions générales, différents selon la charge en soins des patients : - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC). La prise en charge de la dépendance comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la journée.			

La cotation forfaitaire inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la ou des séance(s) d'une même journée, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.

Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant.

Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, il est possible de coter à taux plein dans le cadre de forfait :

- une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3, 4 et 5 du présent titre ;
- ou un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre);
- ou une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre;
- ou un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre.

En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler, à 50% de son coefficient, dans le cadre de forfait :

- injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1er et chapitre II article 4 du présent titre) ;
- injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre).

La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée

	à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.											
02/06/26	Article 13 - Garde à domicile est abrogé											
08/02/23	Article 14 – Actes de surveillance à distance											
	<table><tr><th>Désignation de l'acte</th><th>Coefficient</th><th>Lettre clé</th></tr><tr><td>Acte de surveillance à distance (télésoin avec vidéotransmission) d'un pansement 4 actes au maximum peuvent être facturés par mois et par patient sous réserve qu'un pansement préalable ait été réalisé pour cet épisode de soins en présence du patient. L'acte de surveillance de pansement ne peut être facturé avec un acte de pansement le même jour.</td><td>1,6</td><td>AMI</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	Acte de surveillance à distance (télésoin avec vidéotransmission) d'un pansement 4 actes au maximum peuvent être facturés par mois et par patient sous réserve qu'un pansement préalable ait été réalisé pour cet épisode de soins en présence du patient. L'acte de surveillance de pansement ne peut être facturé avec un acte de pansement le même jour.	1,6	AMI					
Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé										
Acte de surveillance à distance (télésoin avec vidéotransmission) d'un pansement 4 actes au maximum peuvent être facturés par mois et par patient sous réserve qu'un pansement préalable ait été réalisé pour cet épisode de soins en présence du patient. L'acte de surveillance de pansement ne peut être facturé avec un acte de pansement le même jour.	1,6	AMI										
	Chapitre II – Soins spécialisés Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur. Article 1er - Soins d'entretien des cathéters <i>Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers</i> Article 2 - Injections et prélèvements <i>Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers</i> Article 3– Perfusions <i>Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers</i> Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux <i>Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers</i> Article 5 - Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient <i>Cf. Article III-4 IX bis pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers</i>											
18/07/19 13/01/22	Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité											
	<table><tr><th>Désignation de l'acte</th><th>Coefficient</th><th>Lettre clé</th></tr></table>	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé								
Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé										

	Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
	Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
	Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : l'éducation du patient et/ou de son entourage ; la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; le contrôle de la pression artérielle ; la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre Ier, article 11 ou article 12.	4	AMI ou SFI
	Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX ou SFI
	Analgésie topique préalable à un pansement L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente. L'analgésie topique préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.	1,1	AMI ou AMX
	Ces actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.		
21/07/17	Article 5 ter - Prise en charge spécialisée		
18/07/19	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé

Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient. Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend : - l'éducation du patient et/ou de son entourage, - la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements, - la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables, - la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement, - le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général, - la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements. La séance inclut : - la tenue d'une fiche de surveillance, - la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée. Facturation Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants). Le nombre maximum de séances est de 15. La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation. Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention	5,8	AMI ou AMX	
---	-----	------------	--

	prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI chapitre 2 article 5 bis.			
--	--	--	--	--

29/09/20
13/01/22

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole

Les séances de surveillance ci-après sont des actes réalisés avec élaboration d'un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile en postopératoire.

19/07/19

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC) La séance inclut : - la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes et des prescriptions de sortie ; - le suivi des paramètres de surveillance prescrits ; - le remplissage de la fiche de suivi postopératoire ou tout autre support où sont collectées les données de surveillance infirmière ; - en cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médicale par le vecteur prévu. Trois séances au plus peuvent être facturées : sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile, dénommé J0, à la veille de la première consultation post opératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J+6 inclus, ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale au cours de la première semaine postopératoire, sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus.	3,9	AMI
Séance de surveillance et/ ou retrait de cathéter périnerveux pour analgésie postopératoire La séance inclut : la vérification de la compréhension et de l'observance du traitement antalgique ; l'évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation ; la surveillance des effets secondaires, de l'étanchéité du pansement, si nécessaire du point de ponction ; l'appel de l'anesthésiste ou de l'équipe ressource douleur en cas d'anomalie ; le retrait de cathéter à la date prescrite.	4,2	AMI

	Un acte au plus de surveillance de cathéter périnerveux pour analgésie postopératoire peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus. <table border="1"> <tr> <td>Retrait de sonde urinaire</td><td>2</td><td>AMI</td></tr> <tr> <td>Surveillance de drain de redon et/ ou retrait postopératoire de drain - Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour à domicile.</td><td>2,8</td><td>AMI</td></tr> <tr> <td>Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périnerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance post-opératoire ou de cathéter périnerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions générales</td><td></td><td></td></tr> </table>	Retrait de sonde urinaire	2	AMI	Surveillance de drain de redon et/ ou retrait postopératoire de drain - Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour à domicile.	2,8	AMI	Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périnerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance post-opératoire ou de cathéter périnerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions générales			
Retrait de sonde urinaire	2	AMI									
Surveillance de drain de redon et/ ou retrait postopératoire de drain - Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour à domicile.	2,8	AMI									
Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périnerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance post-opératoire ou de cathéter périnerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions générales											
20/12/11	A la première partie des Dispositions Générales :										
18/07/19	Cf. Partie VI bis Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant » A la première partie : Dispositions générales, après l'article 22, sont ajoutées les dispositions suivantes : Article 23 - Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers										
18/07/19	Article 23.1 – Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.										
08/02/23	Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration de coordination infirmière (MCI). La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.										
20/12/11	Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier (ère) Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile : - un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II, article 5bis ; - ou - des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs. Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement. Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.										

	La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. » La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.
18/07/19 13/01/22	Article 23.3 – Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSA ; Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSB ; Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSC. Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI) à partir des interventions réalisées en propre par l'infirmier et cochées dans cet outil. La règle de classement des forfaits est définie en annexe 1 de la NGAP.
13/02/20	Article 23.4 – Majoration pour réalisation d'un soin infirmier en pratique avancée liée à l'âge du patient Lorsque l'infirmier(ère) réalise un suivi en pratique avancée, dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP; cette prise en charge donne lieu à une majoration liée à l'âge du patient (MIP), lorsque le patient suivi est âgé de moins de 7 ans ou de 80 ans et plus.
08/02/23	PARTIE II - SOINS DE PRATIQUE AVANCÉE Le médecin oriente les patients vers un infirmier en pratique avancée (IPA) selon deux modalités pour effectuer, soit un suivi régulier du patient de pathologie(s), soit une prise en charge ponctuelle d'une pathologie chez un patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier. Pour un même motif de recours, un patient ne peut pas être suivi simultanément selon les 2 modalités. Dispositions communes aux différents forfaits et séances ponctuelles (Chapitre I et II): - Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient (IFI et éventuellement IK) ; - La majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (pour les patients de moins de 7 ans et ceux âgés de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits et prises en charge ponctuelles. CHAPITRE I – SUIVI RÉGULIER PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE Ce forfait concerne un patient orienté par un médecin à un IPA pour assurer un suivi régulier de celui-ci. Il comprend toutes les interventions de l'infirmier en pratique avancée au cours du premier trimestre de prise en charge des patients. Il comporte la vérification de l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA, le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques, les actions d'éducation, de prévention (dont la vaccination), d'orientation et de dépistage, l'activité de concertation et de coordination auprès des

médecins et des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients, et les activités transversales.

L'IPA est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; ils ne peuvent donner lieu à facturation en sus du forfait.

Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne sont pas associables à ces rémunérations forfaitaires.

Les demandes de téléexpertise sont comprises dans ces forfaits.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
a) Forfait d'initiation Le premier contact avec le patient doit être réalisé en sa présence. Les autres contacts réalisés par l'IPA au cours de ce premier trimestre peuvent être réalisés à distance.	6	PAI
b) Forfait de suivi Ce forfait est facturable chaque trimestre de soins à la suite du premier trimestre de prise en charge lié au forfait d'initiation. Il est facturable au premier contact trimestriel qui peut être réalisé en présence du patient ou à distance.	5	PAI
Au cours de la première année de soins, quatre forfaits (un d'initiation et trois de suivi) sont facturables au maximum par patient. Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (un forfait de suivi par trimestre) et par patient dès lors qu'au moins un contact avec le patient a eu lieu au cours de chaque trimestre. Par dérogation, au cours des deux premières années de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre dès lors qu'au moins deux contacts avec le patient ont eu lieu au cours du semestre.		

CHAPITRE II – PRISE EN CHARGE PONCTUELLE PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Cette prise en charge concerne un patient non régulièrement suivi dans le cadre de la pratique avancée. Sur orientation du médecin, l'IPA peut réaliser chez ce patient un bilan ponctuel ou des séances de soins ponctuelles.

Les comptes rendus de ces prises en charge sont versés au dossier médical du patient partagé lorsqu'il est ouvert.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
c) Bilan ponctuel Ce bilan, réalisé obligatoirement en présence du patient, comprend une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique, de dépistage et d'orientation, l'élaboration de conclusion clinique et, le cas échéant, la réalisation	3	PAI

	de prescriptions autorisées par la réglementation. A l'issue du bilan, un compte rendu est adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA. Ce bilan ponctuel peut être facturé au maximum une fois par année civile par patient.			
	d) Séance de soins ponctuelle Lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par un médecin vers l'infirmier en pratique avancée, ce dernier peut réaliser un ou plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA selon la réglementation en vigueur. Cette séance peut être facturée au maximum quatre fois par année civile par patient en pratique avancée. Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU sont associables aux séances.	1,6	PAI	
21/07/14 08/10/08 18/07/19 13/01/22 08/02/23	Article III-4 IX bis - L'arrêté du 27 mars 1972 relatif à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux est modifié comme suit pour les sages-femmes et les infirmières et les infirmiers : Titre I – Soins infirmiers Chapitre I – Soins de pratique courante Article 1^{er} – Prélèvements et injections			

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,5	AMI ou AMX
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	SFI
Saignée	5	AMI ou SFI
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI
Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI
Injection d'un implant souscutané	2,5	AMI ou SFI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI
Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou AMX
Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX

18/07/19

Article 2 - Pansements courants

13/01/22

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
18/Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales	3	AMI

	Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un seul membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés.	3	AMI	
	Autre pansement	2	AMI ou SFI	

18/07/19

Article 3 - Pansements lourds et complexes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.	11	AMI ou AMX
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX

13/01/22

	Analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente. L'analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continus, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation Lorsque l'analgésie topique et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,1	AMI ou AMX
	Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient. Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit. Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.	4,6	AMI ou AMX
	Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Indications médicales selon les recommandations HAS.	2,1	AMI ou AMX

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose de sonde gastrique	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4	AMI ou SFI

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'aérosol	1,5	AMI ou SFI
Lavage d'un sinus	2	AMI ou SFI

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI
Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI

18/07/19

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25	AMI ou SFI
Lavement évacuateur ou médicamenteux	3	AMI ou SFI
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3	AMI ou SFI

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25	AMI ou SFI
Réalisation de test tuberculinique	0,5	AMI ou SFI
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1	AMI ou SFI

21/07/14 **Au titre XVI « soins infirmiers », chapitre I « soins de pratique courante », l'article 9 « perfusions » est supprimé.**

18/07/19 **Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile**

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1,2	AMI	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1	SFI	

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

Article 13 - Garde à domicile

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

Article 14 – Actes de surveillance à distance

Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers

21/07/14

CHAPITRE II - SOINS SPÉCIALISÉS

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters

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

Article 2 - Injections et prélèvements

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural	5	AMI ou SFI	AP
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4	AMI ou SFI	
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3	AMI ou SFI	
Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1	AMI ou SFI	

21/07/14

Article 3 - Perfusions

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

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

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

La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à

injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.

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

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

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

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

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		

18/07/19

Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI
Injections :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou AMX ou SFI
- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI
Perfusions, surveillance et planification des soins : Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin. La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale. Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure. La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement. La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou AMX ou SFI

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

21/07/14

L'article 5 est ainsi modifié :

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

18/07/19

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter: 1. le nom des différents produits injectés; 2. leur mode, durée et horaires d'administration; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...).		
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance. Cette cotation est globale; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose Une feuille de surveillance détaillée permettant	15	AMI ou AMX ou SFI

	le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.		
21/07/17	Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité		
18/07/19	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
	Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
	Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
	Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : l'éducation du patient et/ou de son entourage ; la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; le contrôle de la pression artérielle ; la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre Ier, article 11 ou article 12.	4	AMI ou SFI
	Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX ou SFI

	Analgésie topique préalable à un pansement L’acte comprend : la dépose du pansement, l’application du produit d’analgésie et la mise en attente. L’analgésie préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation Ces actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.	1,1	AMI ou AMX	
--	---	-----	------------	--

Article 6 - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire		
Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale par cycleur :		
- branchement ou débranchement, par séance	4	AMI ou SFI
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI ou SFI

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole		
<i>Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers</i>		
Partie II – Soins de pratique avancée		
<i>Cf. partie IX - pour les infirmières et les infirmiers</i>		

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

Article 2. – Lettres clés et coefficients

1. Lettre-clé

18/07/19 La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions
13/02/20 prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs
29/04/20 pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

29/09/22
08/02/23 Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont décrites dans l'annexe 2 de la NGAP.
07/08/23

Annexe 2 de la NGAP : Lettres clés

**(Créée par décision UNCAM du 14/12/23 et modifié par les décisions UNCAM du
22/12/23, du 29/10/24, du 21/01/26 et du 02/06/26)**

02/06/26
G – Consultation au cabinet du médecin généraliste
VG – Visite au domicile du patient du médecin généraliste
CP – Consultation au cabinet ou visite au domicile du patient pour les psychiatres ou neurologues en secteur 2 non OPTAM avec dépassement
CEH – Consultation au cabinet ou visite au domicile des enfants de 0 à 2 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
CEK – Consultation au cabinet ou visite au domicile des enfants de 2 à 6 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
CEG – Consultation au cabinet ou visite au domicile des enfants de 6 ans pour le pédiatre et plus exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
TCH – Téléconsultation des enfants de 0 à 2 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
TCK : Téléconsultation des enfants de 2 à 6 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
TCK – Téléconsultation des enfants de 2 à 6 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
COD – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 6 ans pour le médecin généraliste exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
COB – Examens obligatoires de l'enfant de 6 ans et plus pour le médecin généraliste exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
COH – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 2 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
COK – Examens obligatoires de l'enfant de 2 à moins de 6 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à

honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COG – Examens obligatoires de l'enfant de 6 ans et plus pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COV – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 6 ans pour le médecin généraliste en secteur 2 non OPTAM avec dépassements

COA – Examens obligatoires de l'enfant de 6 ans et plus pour le médecin généraliste en secteur 2 non OPTAM avec dépassements et Examens obligatoires de l'enfant de plus de 2 ans pour le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassements

COJ – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 2 ans pour le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassements

CEP – Consultation de recours au pédiatre

GL1 – Consultation de sortie d'hospitalisation

GL2 – Consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués

GL3 – Consultation d'orientation vers un parcours médico-social

C – Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le médecin spécialiste (hors psychiatre et neurologue), le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme

EPG – Examen médical du futur co-parent réalisé au cabinet

CD – Consultation au cabinet par le chirurgien-dentiste omnipraticien

CS – Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

CSD – Consultation au cabinet par le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

APC – Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste

ACD – Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste

APV – Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade

APY – Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre, d'un neurologue ou d'un gériatre

AVY – Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre, par un neurologue ou par un gériatre

STH – Forfait de surveillance thermique

THR – Forfait réduit de surveillance thermique

APU – Avis ponctuel de consultant pour une consultation d'un professeur des universités-praticien hospitalier

CCP – Consultation de contraception et de prévention

U03 – Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste

U45 – Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste

COE – Consultation obligatoire de l'enfant

CsC – Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.

SNP – Majoration pour soins non programmés

IMT – Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante

CNPSY – Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

CDE – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

TCG – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste ou une sage-femme dit « téléconsultant »

TC – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant »

TCS – Acte de téléconsultation du médecin spécialiste

MOP – Majoration personnes âgées du médecin non traitant

MCY – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant ou du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS)

TE2 – Acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicitée par un autre professionnel de santé

VSP – Visite Soins Palliatifs

RNO – Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste

V – Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

VD – Visite au domicile du malade par le chirurgien-dentiste omnipraticien

VL – Visite très complexe réalisée au domicile du patient

VS – Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

VSD – Visite au domicile du malade par le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

CXD – Consultation bucco-dentaire complexe

VNPSY – Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

K – Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)).

KMB – Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste.

Z – Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)) ou le chirurgien-dentiste.

ORT – Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.

TO – Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SP – séance de suivi ou d'entretien postnatal réalisé par la sage-femme.

SF – Actes pratiqués par la sage-femme.

SFI – Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMK – Actes divers pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

TMK – Acte de télésoin pratiqué par le masseur-kinésithérapeute

APM - Actes de rééducation des amputations pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

ARL - Actes de rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

DRA – Actes de rééducation pour déviation du rachis pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

NMI – Actes de rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

PLL – Actes de soins palliatifs pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAB – Actes de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAM - Actes de rééducation du rachis non opéré pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAO - Actes de rééducation du rachis opéré pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAV - Actes de rééducation des affections vasculaires pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RIC - Actes de rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RIM - Actes de rééducation du membre inférieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RPB - Actes de rééducation des patients atteints de brûlures pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RPE - Actes de rééducation de la déambulation du sujet âgé pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RSC - Actes de rééducation du membre supérieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RSM - Actes de rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

TER - Actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sur au moins 2 territoires (membres, ou rachis et membres) pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VIC - Actes de rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VIM - Actes de rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VSC - Actes de rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VSM - Actes de rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

AMI – Actes pratiqués par l’infirmier ou l’infirmière, à l’exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS.

DI – Bilan de soins infirmiers.

AMP – Acte pratiqué par le pédicure-podologue

TMP – Acte de téléssoin pour le pédicure-podologue

POD – Acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

POT – Acte de prévention POD pratiqué par le pédicure-podologue en téléssoin

AMO – Acte pratiqué par l’orthophoniste.

TMO – Acte de téléssoin pratiqué par l’orthophoniste

AMY – Acte pratiqué par l’orthoptiste.

BSA – Forfait journalier de prise en charge par l’infirmier d’un patient dépendant ayant une charge en soins dite «légère»

BSB – Forfait journalier de prise en charge par l’infirmier d’un patient dépendant ayant une charge en soins dite «intermédiaire»

BSC – Forfait journalier de prise en charge par l’infirmier d’un patient dépendant ayant une charge en soins dite «lourde»

IFI – Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d’un patient dépendant relevant du dispositif défini à l’article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP ou de la prise en charge d’un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au

titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP

PAI – Soins infirmiers en pratique avancée

AMX – acte pratiqué par l’infirmier ou l’infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des séances ou des forfaits

RQD – Acte de demande d’une télé-expertise

Article 11 -Actes multiples au cours de la même séance

A. Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

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

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

Exception :

- la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

06/09/23 Cas particulier des sages-femmes

Les honoraires de la consultation, des séances du titre XI définies dans le chapitre II « actes liés à la gestation et l'accouchement » ou forfaits facturés SF par les sages-femmes et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exceptions prévues ci-dessous.

Exception :

- le forfait de surveillance SF de surveillance du travail de l'accouchement avec un acte technique CCAM d'accouchement et/ou avec le forfait de surveillance du post-partum immédiat dans le cadre des accouchements réalisés en maison de naissance.
- pour la sage-femme référente, une séance de préparation à la naissance et à la parentalité et une des consultations obligatoires de grossesse effectuées dans des temps distincts sont facturées à taux plein.

B. Actes en K, KMB, SF, SP, SFI, AMI, AMX, AIS, AMP, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance

1. Lorsqu’au cours d’une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l’acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

11/03/05
05/02/08
08/10/08
02/10/12
21/03/13
15/10/13

18/04/14 Le deuxième acte est ensuite noté à 50 % de son coefficient.
17/06/15 Toutefois, le second acte est noté à 75 % de son coefficient en cas d'intervention de
18/07/19 chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, *soit portant sur des*
08/02/23 *membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.*

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50 % de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas:
 - a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes;
 - b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques;
 - c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL;
 - d) aux actes infirmiers de vaccination réalisés à domicile.

5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50 % de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au titre XVI, chapitre I, article 12).

20/03/12 **Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade**

15/01/21 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.

12/11/20 **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 ;

si au sein du même domicile, l'infirmier intervient au cours du même passage sur un ou plusieurs patients ayant des soins relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales.

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 kilométrique (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. Elle est facturée en plaine avec le code IK et en montagne avec le code IKM. Pour l'indemnité kilométrique « à pied ou à ski » le code à facturer est IKS.

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

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD, TLS, PAI, AMP, POD, AMO, AMY et ceux pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes de la NGAP ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D.

L'indemnité horokilométrique 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° Les indemnités horokilométriques pour les actes en AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD et TLS et en cumul avec l'IFD ou l'IFI sont soumises à un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé.

Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins).

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

- jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;
- à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;
- à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

En parallèle, les infirmiers conservent la possibilité de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

3° 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.

Par dérogation, peuvent facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile du professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale, les professionnels suivants :

- le médecin traitant ;
- la sage-femme ayant pris en charge la parturiente en ante-partum et qui intervient pour le suivi en post-partum.

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.

A titre dérogatoire, la règle mentionnée au 3° ne s'applique pas :

- lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les caisses d'assurance maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du code de santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L.111-1 du code de la sécurité sociale ;
- lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre de soins en pratique avancée par un infirmier en pratique avancée.

4° L'indemnité horokilométrique prend une valeur unitaire spécifique pour le professionnel de santé dans les territoires définis par la loi Montagne sous réserve de dispositions conventionnelles dérogatoires.

5° En Guyane, les déplacements réalisés en pirogue des médecins sont facturés IKS.

D) IFI – Indemnité forfaitaire infirmier

Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er, la convention nationale prévoit pour les actes effectués par l'infirmier au domicile du patient des indemnités forfaitaires infirmiers de déplacement cotées IFI avec coefficient défini ci-dessous.

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

Dans le cadre du dispositif défini à l'article 23. 3 des Dispositions générales de la NGAP, cette indemnité forfaitaire est cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour des soins liés à la dépendance dès lors qu'un forfait BSA, BSB ou BSC ou DI dans le cadre de l'article 12 du chapitre I de la NGAP, est facturé le même jour au patient. Elle peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. De plus, cette indemnité forfaitaire peut se cumuler avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 et 23.2 des Dispositions générales de la NGAP.

Au maximum, 4 indemnités forfaitaires de déplacement peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient.

Pour chaque déplacement, le coefficient associé à l'IFI dépend du nombre de patients au sein du même domicile, sur lequel l'infirmier intervient pour des soins décrits à l'article 23.3 des dispositions générales :

- l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1, s'il intervient sur un seul patient ;
- si plusieurs personnes sont concernées par ces types de soins, l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0,01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage ;
- si au sein d'un même domicile, l'infirmier intervient également sur des patients ayant des soins autres que ceux relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales, seules les indemnités forfaitaires de déplacement (IFI avec coefficient) sont facturées pour les patients dépendants concernés, de la manière décrite précédemment. Pour les autres patients, l'infirmier ne facture aucun frais de déplacement.

Dans le cadre des soins inscrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, l'acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour des soins de pratique avancée pendant un trimestre dès lors qu'un forfait initial ou de suivi, décrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, est facturé au préalable sur le trimestre considéré. Cette indemnité peut être facturée isolément. De plus, elle est cotable le jour de la facturation du forfait d'éligibilité.

E) IFS – Indemnité forfaitaire de déplacement spécifique des masseurs-kinésithérapeutes

L'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique IFS des masseurs-kinésithérapeutes s'applique uniquement aux actes du chapitre II du titre XIV de la NGAP visés ci-dessous :

- aux actes de l'article 1 du paragraphe D « Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » ;
- aux actes de l'article 1 des paragraphes A, B, C, E, F après intervention pour motif orthopédique ou traumatologique, de la sortie d'hospitalisation au 35e jour après cette sortie afin de permettre une meilleure adéquation de placement en établissement soins médicaux et de réadaptation (SMR). Pour ces actes, la limitation temporelle au 35e jour ne s'applique pas aux

déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile.

- aux actes de l'article 2 « Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » ;
- aux actes de l'article 4 « Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » ;
- aux actes de l'article 5 « Rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) » et « Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose » ;
- à l'acte de l'article 9 « rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé ».

29/09/22 Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

- a) les actes effectués personnellement par un médecin ;
- b) les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative (sauf dispositions législatives ou dispositions réglementaires dérogatoires) et qu'ils soient de sa compétence.

21/01/26

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

02/12/12

- Les mots « entente préalable » sont remplacés par les mots « accord préalable » dans la nomenclature générale des actes professionnels.

- Quand les actes sont soumis à la procédure de l'accord préalable, les lettres « AP » remplacent la lettre « E » indiquée en regard de l'acte.

A la première partie des dispositions générales, l'article 7 est remplacé par :

« Article 7 - Accord préalable »

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

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

1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux

dispositions de l'article 4 ;

2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

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

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

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

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

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

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

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

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.
Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

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

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

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

20/12/18 E. Pour des motifs de santé publique, certaines prestations peuvent justifier la mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable, mentionnée à l'avant-dernier alinéa du II. de l'article R.315-2 du code de la sécurité sociale.

Le prescripteur établit la demande d'accord préalable de manière dématérialisée via un télé service de l'assurance maladie développé à cet effet, sauf mention expresse précisant que le prescripteur peut adresser sa demande au service du contrôle médical placé auprès de

l'organisme d'assurance maladie de l'assuré par voie postale.

Pour les demandes d'accord préalable en chirurgie bariatrique, celles-ci doivent être réalisées exclusivement sous format dématérialisé via le télé service susvisé.

Le prescripteur reçoit, à l'issue de cette demande dématérialisée, une notification l'informant immédiatement soit de l'avis médical rendu automatiquement valant accord ou refus de la prise en charge, soit de la nécessité d'une évaluation par le service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Dans les cas où, la décision d'accord préalable nécessite une évaluation par le service du contrôle médical, l'absence de réponse de l'organisme d'assurance maladie dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'une demande complète d'accord préalable par le service du contrôle médical vaut accord de prise en charge.

En cas de refus, la décision est notifiée à l'assuré avec la mention des motifs par l'organisme d'assurance maladie. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables. Le prescripteur à l'origine de la demande en est informé.

La décision d'accord préalable du service médical émise de manière dématérialisée peut être consultée par le prescripteur via un télé service mis en place par la caisse.

Dans les cas où, la décision ne peut être émise de manière dématérialisée, le prescripteur sera informé de la décision du service médical par courrier envoyé dans un délai raisonnable dans les cas où la décision a fait l'objet d'un refus.

29/10/24 Article 14 - Actes effectués la nuit ou le dimanche

Lorsque, le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence, correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide de ressources humaines et matérielles, et pour les autres professions en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

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

A. Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes

(Modifié par décision UNCAM du 05/02/08)

1. Visites du dimanche, de jours fériés légaux, visites de nuit, actes de coefficient inférieur à 15, forfait d'accouchement

À la valeur des lettres-clés V, VS et VNPSY et exceptionnellement C, CS et CNPSY, de même qu'à celles des actes K, KMB, Z, SP, SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

En matière d'accouchement, seule est à prendre en considération pour l'octroi de cette majoration l'heure de la naissance.

1 bis. La majoration de nuit pour les actes de nuit effectués par les médecins généralistes, les pédiatres et les sages-femmes, dans les conditions mentionnées ci-dessus, peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

2. Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15

- Actes de nuit

Pour les actes en K, Z, SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 15 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

- Actes du dimanche et jours fériés légaux.

Pour les actes en K, Z, SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

B. Actes effectués par les auxiliaires médicaux et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers

La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

La majoration forfaitaire pour les actes de nuit effectués par les infirmiers ainsi que par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

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

26/11/10 Remplacer les mots « médecin omnipraticien » par « médecin généraliste ».

	Code	Libellé	Valeur
02/10/12 15/10/13 17/06/15 17/06/15 25/09/13 27/09/17	O	Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organes, de 8h à 20 h, par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient : soit, dans un établissement mentionné au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale disposant d'une autorisation de service d'urgence délivrée par l'ARS soit, pour un patient non transférable	80€
17/06/15			
27/09/17	U	Acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h	25,15€
		Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et minuit	50€
27/09/17 24/01/18	P	Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes de 20h à 00h	35€
		Acte réalisé en urgence par les pédiatres, de 20h à 00h	50€
27/09/17 24/01/18	S	Acte réalisé en urgence par les médecins généralistes ou les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, la nuit de 00h à 08h	40€
		Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes, ou les pédiatres entre 00h et 08h	80€
27/09/17 24/01/18	F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06€
		Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes ou les pédiatres un dimanche ou un jour férié	40€
	M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence d'un patient	26,88 €
	A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23,00 €
	E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+49%
	G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; Extraction d'un corps étranger œsophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans .	+25%
	6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; Intervention itérative sur les voies biliaires ; Intervention itérative sur les voies urinaires.	+25%
	8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ;	+20%

		Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires.	
	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 pour les actes d'accouchements réalisés par les sages-femmes.	+20%
		Majoration pour les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues-obstétriciens et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique [OPTAM-ACO] définie dans la convention en vigueur.	+30%
		Majoration pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes spécialistes en chirurgie orale définie dans la convention dentaire.	+30%
		Par dérogation, les chirurgiens et les gynécologues-obstétriciens autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM], peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S) et pour les actes dispensés en urgence, à tarifs opposables	+30%
23/02/17 06/11/18 18/12/18 29/10/24	T	Majoration pour les actes d'accouchements réalisés par les gynécologues- obstétriciens, actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] dans la convention médicale en vigueur.	+21,5%
	3	Majoration pour les actes d'anesthésie réalisés par les anesthésistes en secteur à honoraires opposables n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis dans la convention médicale en vigueur	+12%
29/10/24		Majoration pour les actes d'anesthésie réalisés par les anesthésistes en secteur à honoraires différents ayant adhéré aux dispositif de pratique tarifaire maîtrisée OPTAM-ACO tels que définis dans la convention médicale en vigueur Par dérogation : les anesthésistes autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée [OPTAM] dans la convention médicale en vigueur , peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires de la couverture santé solidaire (C2S) ou pour les actes dispensés en urgence.	+8%
	4	Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, sans cathéter périmerveux ou rachidien	+6%
08/01/20	5	Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, avec cathéter périmerveux ou rachidien	+8%
	7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention	+6%
23/02/17	D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+24%
14/10/25 21/02/17 03/10/19	Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue	+13%
	Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue	+13 %
	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%
15/10/13	N	Majoration pour réalisation d'un acte de restauration des tissus durs de la dent et/ou d'endodontie sur des dents permanentes chez un enfant de moins de 13 ans	+15,7%
15/01/24	9	Majoration pour réalisation de soins conservateurs chez un patient âgé de 1 à 26 ans	+30%

27/11/24			
----------	--	--	--

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Les codes O, 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.

Les modificateurs Y et Z sont exclusifs l'un de l'autre.

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

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

1) Règle générale :

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

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

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

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

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

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

il ne faut pas indiquer de code association.

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

2) Dérogations :

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

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

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

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

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

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

09/09/14

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

- Associations d'échographies autorisées

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

- Actes avec guidage échographique

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

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

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

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

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

■ Associations d'actes de scanographie autorisées

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

■ Actes avec guidage scanographique

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

- a) 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.

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

05/03/09

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

18/01/10

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

17/12/13

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

17/12/13

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

17/12/13

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

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

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

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

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

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

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

actes.

15/10/13

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

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

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

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

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

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

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

12/05/16

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

Deux cas se présentent :

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

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

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

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

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

2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

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

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

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

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

05/03/09
24/06/09
14/10/25

- i) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux et à des actes qui ne relèvent pas du champ de la radiologie conventionnelle, dans le respect des règles d'incompatibilité :
- les actes de radiologie conventionnelle sont associés entre eux selon la règle générale décrite au point 1 du paragraphe B.

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

– Quand un ou deux actes de radiologie conventionnelle sont associés à des actes qui ne relèvent pas du champ de la radiologie conventionnelle, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi ces derniers est tarifé à taux plein ; les autres actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.

Acte de radiologie conventionnelle associé à un acte hors champ de la radiologie conventionnelle (hors association mammographie et échographie du sein)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
-------	------	---------------------------

Acte de radiologie conventionnelle	1	100%
Acte hors champ de la radiologie conventionnelle	1	100%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux et à des actes hors champ de la radiologie conventionnelle relevant de la règle générale (2 au plus)

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

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

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

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

1- Scanographie

CLASSIFICATION DES APPAREILS

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

26/07/18 Les critères de classification des appareils de scanographie sont déterminés dans le tableau suivant selon trois caractéristiques principales :

- le nombre de canaux (barrettes) composant le système de détection de l'équipement,
- la puissance de son générateur, exprimée en kW,
- la capacité calorifique maximale (CCM) du tube RX, exprimée en millions d'unité de chaleur (MUC).

Critères	classe 1 (1)	classe 2 (2)	classe 3 (1)
système de détection	monobarrette (1 canal)	mono ou multicanaux	≥ 4 canaux
puissance générateur	< 30 kW	≥ 30 kW	≥ 50 kW
CCM tube	< 3 MUC	≥ 3 MUC	≥ 5 MUC

(1) Tous les critères doivent être réunis.

(2) Les appareils ne réunissant pas les critères de la classe 1 ou 3, sont en classe 2.

Pour la facturation des forfaits techniques, la classification des appareils de scanographie doit être établie uniquement selon les tableaux de classification mentionnant les dénominations commerciales des appareils visés ci-dessous.

26/05/10 L'année d'installation de l'appareil est l'année civile de la date effective de mise en service de l'appareil (conformément à l'Article D6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé).

20/03/12 Chaque tableau de classification s'applique à l'activité réalisée à compter de la date d'application de l'arrêté ou de la décision inscrivant ce tableau à cette annexe 3.

24/04/15 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.

23/08/07 Chaque appareil dont la dénomination commerciale complète comporte une dénomination générique figurant dans les tableaux de classification suivants doit avoir des caractéristiques principales (cf. supra) classant ces appareils dans la même classe que cette dénomination commerciale générique. Dans le cas contraire, l'appareil est classé par défaut en classe 2, jusqu'à la parution d'une classification dans laquelle sa dénomination complète est mentionnée.

Scanners installés entre le 01-01-1998 et le 31-12-1998

(Arrêté du 26-05-1998 – JO du 11-06-1998)

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

Scanners installés entre le 01-01-1999 et le 31-12-1999

(Arrêté du 28-06-2000 - JO du 12-07-2000)

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

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

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

Scanners installés entre le 01-01-2002 et le 31-12-2002

(Arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)

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

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

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS	Somatom Smile Somatom Emotion	Somatom Emotion (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
(Décision du 11-03-2005 - JO du 30-03-2005)

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

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

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

Scanners installés à partir du 1er janvier 2008

(Décisions du 24/04/2015, du 12/05/2016, du 26 /07/2018, du 03/12/2020 et du 02/12/21 et du 19/12/24)

Constructeur	CLASSE 1	CLASSE 2	CLASSE 3
SIEMENS		Somatom SCOPE SOMATOM go. Now SOMATON go. Up SOMATOM On.site	Somatom SCOPE POWER Somatom FORCE Somatom DEFINITION AS20 Open Somatom DEFINITION AS64 Open Somatom DEFINITION AS20 Somatom DEFINITION AS40 Somatom DEFINITION AS64 Somatom DEFINITION AS+ 128 Somatom DEFINITION EDGE Somatom DEFINITION FLASH Somatom PERSPECTIVE 16 Somatom PERSPECTIVE 32 Somatom PERSPECTIVE 64 Somatom PERSPECTIVE 128 SOMATOM Drive SOMATOM Confidence RT PRO 20 SOMATOM Confidence RT PRO 64 SOMATOM Edge Plus SOMATOM go. Top SOMATOM go. All SOMATOM Go.Sim SOMATOM Go.Open Pro SOMATOM X.cite SOMATOM X.ceed SOMATOM Pro.Pulse NAEOTOM Alpha
PHILIPS		Access Dual Access CT	MX 16 Brilliance CT 16 Brilliance CT 16 Big Bore Brilliance Essential CT 40 Brilliance Essential CT 64 iCT S 128 iCT S 256 Ingenuity Flex Ingenuity S IQon Spectral CT Incisive CT BIG BORE CT CT 7500 CT 3500 CT 5300
GE Healthcare		Brivo CT 325 Brivo CT 385 Revolution ACT Revolution ASPIRE	BrightSpeed Elite LightSpeed VCT XTe LightSpeed VCT ASiR Optima CT 520 Optima CT 540 Optima CT 580 Optima CT 580 RT Optima CT 660 Discovery RT Discovery CT 750 HD Revolution EVO Revolution HD

			Revolution GSI Revolution Frontier Revolution CT Revolution MAXIMA Revolution APEX Revolution ASCEND
TOSHIBA ou CANON Medical Systems <i>depuis le 4 janvier 2018</i>		Astelion Astelion Advanced Edition AQUILION START	AQUILION CX AQUILION CXL 64 AQUILION CXL 128 AQUILION RX AQUILION RXL 16 AQUILION RXL 32 AQUILION PRIME AQUILION PRIME 80 AQUILION PRIME 160 AQUILION PRIME SP AQUILION ONE AQUILION ONE NeXT Generation AQUILION ONE Vision Edition AQUILION ONE GENESIS Edition AQUILION ONE PRISM Edition AQUILION LB AQUILION LIGHTNING AQUILION LIGHTNING SP AQUILION PRECISION AQUILION Exceed LB AQUILION Serve AQUILION SERVE SP AQUILION ONE INSIGHT EDITION
HITACHI FUJIFILM FUJIFILM Healthcare		Supria 16 (2 MHU) Supria 16 (5 MHU) Supria (3,5 MHU) Supria HD (3,5 MHU)	Scenaria 64 Scenaria 128 Supria 16 (50 kW) Supria 64 Supria 32 Supria Supria HD Supria 128 FCT Speedia Scenaria View Scenaria View (72kw) Scenaria View FOCUS édition Scenaria View FOCUS édition (72kw)
United Imaging		uCT 520 uCT 528	uCT 530 uCT 550 uCT 760 uCT 780 uCT 820 uCT 860 uCT 960 uCT 960+

Source : SNITEM

Neusoft Medical Systems		NeuViz 16 Classic NeuViz ACE NeuViz ACE (SP)	NeuViz 16 Essence NeuViz 64 In NeuViz 128 NeuViz Prime NeuViz Glory NeuViz Epoch NeuViz Glory + NeuViz Epoch +
--------------------------------	--	--	---

Source: Constructeur

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCES ANNUELLES

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

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

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

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

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

Matériels installés avant le 01-08-1991

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

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

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

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

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

16/01/17

Seuils d'activité de référence annuelle applicables jusqu'au 13 février 2017

quelle que soit la date d'installation de l'appareil

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

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

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

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

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

2- Imagerie par résonance magnétique (modifié par décisions UNCAM du 20/03/2012, du 19/07/2012, du 12 mai 2016 et du 28 mai 2018)

CLASSIFICATION DES APPAREILS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

19/07/12

12/05/16

Détails de certaines caractéristiques :

- tunnel de 60 cm à 65 cm ;

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

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

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

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

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

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

La configuration comprend également une seconde console de traitement.

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

CONSTRUCTEUR	Dénomination Commerciale des appareils
GE HEALTHCARE	Optima MR430s *

* Détails de certaines caractéristiques :

- 19/07/12**
- 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 proposées dans la configuration : imagerie fonctionnelle, imagerie ultra-rapide, angiographie, suivi de bolus, diffusion / perfusion ;
 - surface dédiée à l'appareil = 10 m².

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCES ANNUELLES

Les seuils d'activité de référence doivent être appliqués par année civile. Par conséquent, le décompte du nombre de forfaits techniques débute le 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 D6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

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

Trois tranches d'activité sont définies au-delà de l'activité de référence :

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

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

28/05/18

Seuils d'activité de référence annuelle applicables à partir du 1^{er} juillet 2018 quelle que soit leur date d'installation de l'appareil

Classe d'appareils	$\leq 0,5$ T	$> 0,5$ T ET $1,5$ T <	1,5 T polyvalent	1,5 T dédié aux membres	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire	$>$ 1,5 T
Activités de référence	3 500	4 000	4 750	4 500	4 500	4 500

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

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

3- Tomographes à Émission de Positons (TEP)

La classe 1 regroupe les tomographes à émission de positons permettant la correction d'atténuation par une(des) source(s) radioactive(s) uniquement (TEP).

La classe 2 regroupe les tomographes à émission de positons couplés à un tomodensitomètre permettant la correction d'atténuation par des rayons X (avec ou sans source(s) radioactive(s)) et la localisation anatomique (TEP-TDM).

CLASSIFICATION DES TOMOGRAPHES A EMISSION DE POSITONS

Classe d'appareils	Classe 1	Classe 2
Type d'appareils	TEP	TEP-TDM

26/05/10 L'activité de référence annuelle est de 1 000 forfaits techniques, quelle que soit la classe d'appareil.

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

25/09/13 Lorsque la mise en service effective (Conformément à l'Article D. 6122-38 du Code de la santé publique, la date effective de mise en service ne doit pas être antérieure au jour suivant l'envoi par le titulaire de l'autorisation de la déclaration prévue à l'article R. 6122-37 du Code de la santé publique au Directeur général de l'agence régionale de santé) de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des forfaits techniques débute lors du premier acte pris en charge effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation. Au-delà de l'activité de référence, le forfait réduit doit être appliqué, que l'appareil soit ou non amorti.

17/09/08 **Annexe 4 : Autres forfaits**

19/01/09 **Forfait Vidéo capsule**

Vidéocapsule : matériel à usage unique nécessaire à la réalisation de l'acte HGQD002 : exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée ou de l'acte HHQD445 : exploration de la lumière du colon par vidéocapsule ingérée [capsule colique]. Ce forfait est facturable soit par le praticien libéral qui réalise l'acte, soit par la structure de soins où est réalisé l'acte.

19/01/09

20/12/11

02/10/12 **Forfait Sécurité Dermatologie** : ce forfait s'applique à une liste d'actes d'exérèse de naevus cellulaires, de tumeurs malignes cutanées ou de lésions hypodermiques lorsqu'ils sont réalisés sous anesthésie locale.

Quand ces actes sont réalisés en établissement de santé, en dehors d'une hospitalisation, ce forfait ne peut être facturé que par le seul établissement de santé et il ne peut pas se cumuler avec une prestation d'hospitalisation telle que définie à l'article R 162-32 du code de Sécurité sociale.

Ce forfait ne peut être facturé, pour un même patient, plus d'une fois par 24 heures par une même structure de soins ou par un même praticien.

Ce forfait est indiqué en regard des actes auxquels il s'applique dans le Livre II.

29/10/24 Le tarif du FSD est fixé à 45€.

Annexe 5 : Cahier des charges pour un système d’archivage et de gestion des images médicales numériques (Mammographies, Scanner et IRM) – Livre II chapitre 19.02.07 (modifié par décision UNCAM du 24/06/14 et du 14/10/25)

L'archivage des images médicales numériques nécessite l'acquisition préalable et la maintenance d'un système d'archivage et de gestion des images.

1. Techniques d’imagerie concernées

L'archivage des images médicales numériques doit être réalisé pour les mammographies et les examens d'imagerie en coupes (actes de scanographie et de remnographie).

La mammographie numérique n'est concernée que si elle est acquise directement en mode numérique, excluant de fait toute numérisation secondaire, dans les deux situations suivantes :

1. Le dépistage organisé (DO) du cancer du sein ;
2. Le suivi des cancers du sein traités.

2. Conditions techniques relatives à l'archivage des images numériques de radiologie

2.1 Type et durée d’archivage

Au sein des établissements de santé, conformément à l'article R.1112-7 du code de la santé publique, les images utiles au diagnostic de l'examen sont archivées pendant une durée de 20 ans à compter de la date de l'examen archivé pour le patient considéré.

Pour les médecins libéraux, en l'absence de norme juridique fixant la durée de conservation de leurs archives, et indépendamment des dispositions réglementaires relatives à la responsabilité civile des professionnels de santé, la durée doit être au minimum de 5 ans. Cette durée est susceptible d'être modifiée en fonction des évolutions législatives et réglementaires.

Dans tous les cas, ces images doivent être disponibles en accès immédiat sur le site pendant au moins trois ans à compter de la date de l'examen. Au-delà de trois ans, l'accès peut être différé.

2.2 Contraintes techniques

Contraintes et normes à respecter

Les images archivées sont les images traitées en format DICOM.

Les données en accès immédiat sont archivées en format DICOM sans compression ou avec compression sans perte (DICOM lossless). L'archivage en accès immédiat doit

permettre une récupération immédiate des images (*soit, dans des conditions normales d'utilisation sur site, un temps d'affichage inférieur à 5 secondes pour la première image d'un examen scanner et, par exemple, à 1 minute pour une série complète de 600 images d'un scanner*). En ce qui concerne l'archivage en accès différé, une compression plus importante sera admise (DICOM lossy).

La communication entre le système d'information radiologique (SIR) du cabinet ou service de radiologie et le système d'archivage est directe si le SIR est doté des fonctionnalités logicielles requises. Si le SIR ne dispose pas de ces fonctionnalités, la communication doit utiliser une passerelle transformant les informations du SIR en format DICOM et HL7 qui seront utilisées directement par le système d'archivage (*le système d'archivage doit notamment pouvoir recevoir du SIR les identifiants des patients et des examens et réaliser les réconciliations d'identité entre le SIR et le système d'archivage*). L'utilisation de l'Identifiant National de Santé (INS), avec le référencement adéquat, est recommandée.

Le système d'archivage doit respecter les normes internationales DICOM, HL7 (*dans sa version la plus récente*) et les profils définis par IHE (*les profils Scheduled Workflow (SWF), Patient Administration Management (PAM) et ses transactions déclinées en HL7, Patient Demographic Query (PDQ) et Key Image Note (KIN) sont indispensables ; le profil Radiation Exposure Monitoring (REM) est recommandé*). La lecture des images archivées doit être réalisée sur des écrans adaptés de visualisation à visée diagnostique (*écrans de résolution d'au moins 2 MP pour les examens de coupe et d'au moins 3 MP pour ceux de projection*).

Confidentialité, sécurité

L'archivage des images doit faire l'objet d'une déclaration à la CNIL par l'exploitant et respecter les règles de confidentialité du dossier du patient, notamment en termes d'authentification des utilisateurs et de suivi de leurs accès. La preuve de déclaration CNIL doit être tenue à disposition en cas de contrôle.

Les images doivent être sauvegardées pour la durée prévue à l'article 3.1 à l'aide d'une solution de sauvegarde (base de données et données images) sous la forme d'un système local, d'un système partagé ou d'un système décentralisé.

Qualité

La qualité et l'efficacité de fonctionnement du système imposent une formation des médecins à l'utilisation du système et une organisation adaptée. Les besoins en disponibilité du système imposent la conclusion d'un contrat de maintenance.

Une procédure interne de contrôle qualité du système d'archivage doit être mise en place sous la responsabilité de l'exploitant de ce système.

Interopérabilité avec les PACS (Picture Archiving and Communication System)

Le système d'archivage de l'exploitant doit être interopérable avec les PACS qui relèvent de la région dans laquelle est implanté le système, sous réserve de la conformité de ces derniers aux règles d'interopérabilité.

Les médecins nouvellement associés, collaborateurs, remplaçants ou de tout autre statut pourront sur demande conjointe du praticien concerné et du responsable du système, être inscrits sur la liste des médecins archivant sur le système agréé.

Annexe 1 de la NGAP : Soins infirmiers
(Créée par décision UNCAM du 13/01/22)

Détermination de la facturation des forfaits BSI (article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP)

Le forfait journalier à facturer par l'infirmier est déterminé par les interventions réalisées en propre par l'infirmier auprès du patient et cochées dans l'outil BSI. Il existe trois forfaits BSI « léger », « intermédiaire » ou « lourd » dont le tarif diffère selon le niveau de prise en charge en soins infirmiers.

Les 43 interventions du BSI ont été classées, par ordre croissant de charge en soins infirmiers, en 4 groupes homogènes, en accord avec les organisations syndicales représentatives signataires de la convention. Le groupe 1 correspond à la charge en soins la plus faible et le groupe 4 à la plus élevée (voir tableau 1 en fin d'annexe). Parmi les interventions cochées, seules les interventions des domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont apparues comme discriminantes pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en charge. Il s'avère que les interventions des autres domaines sont corrélées à celles des trois domaines HEM et ne sont donc pas discriminantes.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé.

Par exemple, la combinaison H4E2M3 veut dire que parmi le(s) intervention(s) cochée(s) dans le domaine « hygiène », le groupe maximal de ces interventions appartient au groupe 4. Le groupe 4 (H4) est donc le niveau retenu pour le domaine « hygiène ». On procède de la même façon pour le domaine « Elimination » et « Mobilité ». Pour chaque combinaison HEM, des règles d'orientation déterminent le niveau de forfait BSI à facturer (voir tableau 2 en fin d'annexe).

Afin de reconnaître la complexité des prises en charge chez la personne très âgée et dépendante, un âge égal ou supérieur à 90 ans constitue un critère supplémentaire.

Tableau 1 : Composition des 4 groupes homogènes d'interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)
A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire

Groupe 1 : 10 interventions
E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)
E/ Surveillance clinique d'une constipation
H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau
H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses
M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,...)

Groupe 2 : 20 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,...)
A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise
A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre
A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie
R/ Pose et dépose de contentions vasculaires
E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale
E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale
E/ Massage colique
M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque
M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)
D/ Evaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit
T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes
SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : - un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale - des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie ...) - un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité

Groupe 2 : 20 interventions
SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : - aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement - aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci) - aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)
E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale
H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes
H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage
H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque d'escarres
M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications
SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant : - des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...) - des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences) - une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie,...)

Groupe 4 : 4 interventions
E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale
H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient
M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications
M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M4	Lourd	Lourd
H1 E4 M4	Lourd	Lourd
H3 E1 M4	Lourd	Lourd
H3 E2 M4	Lourd	Lourd
H3 E3 M3	Lourd	Lourd
H3 E3 M4	Lourd	Lourd
H3 E4 M3	Lourd	Lourd
H3 E4 M4	Lourd	Lourd
H4 E0 M4	Lourd	Lourd
H4 E1 M4	Lourd	Lourd
H4 E2 M3	Lourd	Lourd
H4 E2 M4	Lourd	Lourd
H4 E3 M3	Lourd	Lourd
H4 E3 M4	Lourd	Lourd
H4 E4 M0	Lourd	Lourd
H4 E4 M1	Lourd	Lourd
H4 E4 M2	Lourd	Lourd
H4 E4 M3	Lourd	Lourd
H4 E4 M4	Lourd	Lourd
H0 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H0 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H0 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E0 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M3	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H1 E4 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M4	Intermédiaire	Lourd
H3 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M0	Intermédiaire	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M2	Intermédiaire	Lourd
H4 E0 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H0 E0 M0	Léger	Léger
H0 E0 M1	Léger	Léger
H0 E0 M2	Léger	Léger
H0 E0 M3	Léger	Léger
H0 E0 M4	Léger	Léger
H0 E1 M0	Léger	Léger
H0 E1 M1	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E1 M2	Léger	Léger
H0 E1 M3	Léger	Léger
H0 E2 M0	Léger	Léger
H0 E2 M1	Léger	Léger
H0 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E2 M3	Léger	Intermédiaire
H0 E3 M0	Léger	Léger
H0 E3 M1	Léger	Léger
H0 E3 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E4 M0	Léger	Léger
H1 E0 M0	Léger	Léger
H1 E0 M1	Léger	Léger
H1 E0 M2	Léger	Léger
H1 E0 M3	Léger	Léger
H1 E1 M0	Léger	Léger
H1 E1 M1	Léger	Léger
H1 E1 M2	Léger	Léger
H1 E1 M3	Léger	Léger
H1 E2 M0	Léger	Léger
H1 E2 M1	Léger	Léger
H1 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H1 E3 M0	Léger	Léger
H1 E3 M1	Léger	Léger
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H4 E0 M0	Léger	Léger

