



L'Assurance Maladie
sécurité sociale
CNAMTS

NOMENCLATURE GÉNÉRALE

DES ACTES PROFESSIONNELS

des

Médecins, Chirurgiens-dentistes

Sages-femmes et Auxiliaires médicaux

NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS DES MÉDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES, SAGES-FEMMES ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

.....	12
VALEURS DES LETTRES-CLÉS	12
MÉDECINS GÉNÉRALISTES	12
MÉDECINS SPÉCIALISTES	14
CHIRURGIENS-DENTISTES	17
SAGES-FEMMES	18
DIRECTEURS DE LABORATOIRE	19
INFIRMIERS	20
MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES	21
ORTHOPHONISTES	22
ORTHOPTISTES	23
PÉDICURES	23
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS GÉNÉRALES	24
Article premier	24
Article 2. - Lettres clés et coefficients	24
Article 2 bis. - Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste	27
Article 3. - Notation d'un acte	28
Article 4. - remboursement par assimilation	28
Article 5. - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement	28
Article 6. - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin	29
Article 7. - Entente préalable [modifié par décret n° 2001 - 492 du 06-06-2001 (JO du 10-06-2001) et décret n° 2001 - 532 du 20-06-2001 (JO du 22-06-2001)]	29
Article 8. - Acte global et actes isolés	30
Article 9. - Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours	31
Article 10. - Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours	31
Article 11. - Actes multiples au cours de la même séance	31
Article 12. - Actes en plusieurs temps	33
Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade	33
Article 13.1. - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par la loi n° 75 - 535 du 30-06-1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales	35
Article 13.2. - Frais de déplacement pour les actes effectués en établissements de santé par les médecins anatomocytopathologistes.	35
Article 14. - Actes effectués la nuit ou le dimanche	35
Article 14.1. - Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale	36
Article 14.2. - Majoration de déplacement	36
Article 14.3. - Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet	38
Article 14.4. - Forfait pédiatrique	39
Article 14.4.1. - Forfait pédiatrique du médecin omnipraticien	39
Article 14.5. - Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique	40
Article 15. - Contenu de la consultation, de la visite	40
Article 15.1. - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires	40
Article 15.2. Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur	41
Article 16. - Visite unique pour plusieurs malades	41

Article 17. - Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade	41
Article 18. - Consultations faisant intervenir 2 médecins.....	42
Article 19. - Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale.....	43
Article 20. - Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés.....	43
Article 21. - Actes pratiqués par le masseur- kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement	45
Article 22.- Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation.....	45
Article 23.- Dispositions particulières aux actes de chirurgie	47
ANNEXE À L'ARTICLE 23 DES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS	47
TITRE I ACTES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES	47
TITRE II ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL	48
TITRE III ACTES PORTANT SUR LA TÊTE	50
TITRE IV ACTES PORTANT SUR LE COU.....	51
TITRE V ACTES PORTANT SUR LE RACHIS OU LA MOELLE ÉPINIÈRE	52
TITRE VII ACTES PORTANT SUR LE THORAX.....	52
TITRE VIII ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN.....	53
TITRE IX APPAREIL URINAIRE	55
TITRE X ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN	56
TITRE XI ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ.....	56
TITRE XII ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR.....	57
Article 24. - Dispositions particulières relatives au forfait d'accouchement, lorsque celui-ci est réalisé par le médecin.....	58
Article 25. - Forfait pour macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif...), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage échographique ou radiologique.....	58
Article 26. - Majoration transitoire pour certaines spécialités (arrêté du 01-10-2004 - JO du 02-10-2004 : en vigueur au 01-10-2004 et applicable jusqu'au 31-12-2004)....	58
DEUXIÈME PARTIE NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX N'UTILISANT PAS LES RADIATIONS IONISANTES.....	59
TITRE PREMIER ACTES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES	59
CHAPITRE I. - FRACTURES.....	59
Article premier. - Traitement orthopédique y compris l'immobilisation d'une fracture fermée simple ne nécessitant pas de réduction.....	59
Article 2. - Traitement orthopédique complet, qu'elle qu'en soit la technique, d'une fracture fermée nécessitant une réduction avec anesthésie ou une extension continue.....	60
Article 3. - Traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente, avec ou sans ostéosynthèse et quelle qu'en soit la technique.....	60
Article 4. - Traitement sanglant d'une fracture ouverte récente.....	62
Article 5. - Traitement sanglant des pseudarthroses, ou des cals vicieux nécessitant ostéotomie avec interruption de la continuité osseuse.....	62
Article 6. - Répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation	62
CHAPITRE II. - LUXATIONS.....	62
Article premier. - Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante.....	62
Article 2. - Réduction et contention d'une luxation récente par méthode sanglante.....	62
Article 3. - Réduction et contention d'une luxation ancienne par la méthode sanglante.....	63
Article 4. - Traitement sanglant d'une luxation récidivante, quelle qu'en soit la technique.....	63
Article 5. - Lésion associant la luxation et la fracture d'une épiphyse (KCC en cas de traitement par voie sanglante)	63
Article 6. - Luxation ouverte	63
CHAPITRE III. - PLAIES RÉCENTES OU ANCIENNES	63
CHAPITRE IV. - LÉSIONS DIVERSES.....	64
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable).....	64

I. - MICROCHIRURGIE RÉPARATRICE des MEMBRES.....	65
TITRE II. - ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL.....	66
CHAPITRE I. - PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ.....	66
CHAPITRE II. - MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES (à l'exclusion de la main).....	71
CHAPITRE III. - OS.....	72
CHAPITRE IV. - ARTICULATIONS.....	73
CHAPITRE V. - VAISSEAUX.....	75
Section I. - MÉTHODES DE DIAGNOSTIC.....	75
Section II. - ARTÈRES ET VEINES.....	75
Article premier. - Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine.....	76
Article 2. - Actes de chirurgie.....	77
Actes non individualisés.....	77
Actes individualisés de chirurgie artérielle.....	78
Actes individualisés de chirurgie veineuse.....	79
Article 3. - Cancérologie.....	79
Section III. - SYSTÈME LYMPHATIQUE.....	80
CHAPITRE VI. - NERFS.....	81
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable).....	82
II/I. - INTERVENTIONS DE CHIRURGIE PLASTIQUE ET RÉPARATRICE ET NOTAMMENT DE CHIRURGIE RÉPARATRICE DU SEIN.....	82
II/I. - PHOTO-CHIMIOTHÉRAPIE OU PUVATHÉRAPIE (E).....	82
II/I. - TRAITEMENT D'AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES PAR RAYONNEMENT LASER (E).....	83
II/III. - PRÉLÈVEMENT MASSIF de MOELLE OSSEUSE en vue d'une AUTOGREFFE ou d'une ALLOGREFFE.....	84
II/III. - PRÉLÈVEMENT d'une "CAROTTE MÉDULLAIRE" pour DIAGNOSTIC d'une ANOMALIE SANGUINE ou OSTÉO-ARTICULAIRE.....	84
II/V. - CYTOPHÉRÈSE (E).....	84
II/V. - COTATION DE L'ACTE D'IMPLANTATION DANS L'ORGANISME DE SYSTÈMES DIFFUSEURS DE SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES, CYTOTOXIQUES, ANALGÉSIANTES, HORMONALES, etc.....	85
II/V. - BIOPSIE de l'ARTÈRE TEMPORALE SUPERFICIELLE.....	87
II/V. - POLYCHIMIOTHÉRAPIE ANTICANCÉREUSE (E).....	87
II/V. - TRAITEMENT de CERTAINES AFFECTIONS par la MÉTHODE COMPRESSIVE de VAN DER MOLEN (E).....	88
II/V. - TRAITEMENT des LYMPHOEDÈMES ou des PHLÉBOEDÈMES par APPAREILLAGES À PRESSION PNEUMATIQUE ou FLUIDE (E).....	88
II/VI. - SYMPATHOLYSE CHIMIQUE, SYMPATHECTOMIE CHIMIQUE PAR BLOC INTRAVEINEUX RÉGIONAL.....	89
TITRE III. - ACTES PORTANT SUR LA TÊTE.....	89
CHAPITRE I. - CRÂNE ET ENCÉPHALE.....	89
Article premier. - Investigations neurologiques centrales et périphériques.....	90
Article 2. - Traitement neurochirurgical des affections intra-crâniennes.....	91
Article 3. - Neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique.....	93
Article 4. - Divers.....	94
CHAPITRE II. - ORBITE- OEIL.....	94
Article premier. - Actes d'exploration clinique.....	94
Article 2. - Opérations sur les paupières, les sourcils et la région orbito-faciale.....	96
Article 3. - Chirurgie de l'appareil lacrymal.....	97
Article 4. - Chirurgie de la conjonctive et du segment antérieur du globe.....	97
Article 5. - Chirurgie du segment postérieur du globe.....	98

Article 6. - Photocoagulation du segment postérieur.....	99
Article 7. - Traitement de la cataracte	99
Article 8. - Ablation des corps étrangers intra-oculaires	100
Article 9. - Traitement du glaucome.....	100
Article 10. - Opérations sur les muscles de l'oeil.....	100
Article 11. - Circonstances particulières motivant une majoration.....	101
Article 12.- Orthoptie : bilans, rééducations et enregistrements.....	101
CHAPITRE III. - OREILLE.....	103
Article premier. - Investigations.....	103
Article 2. - Oreille externe.....	104
Article 3. - Oreille moyenne.....	104
Article 4. - Nerf facial	105
CHAPITRE IV. - FACE.....	105
Article premier. - Nez.....	105
Article 2. - Sinus.....	106
Article 3. - Traitement de diverses lésions de la face	106
CHAPITRE V. - BOUCHE - PHARYNX (parties molles).....	107
Article premier. - Lèvres	108
Article 2. - Langue.....	108
Article 3. - Plancher de la bouche.....	108
Article 4. - Pharynx	109
Article 5. - Glandes salivaires	109
Article 6. - Traitement de tumeurs diverses.....	110
CHAPITRE VI. - MAXILLAIRES	110
Article premier.- Fractures	111
Article 2. - Lésions infectieuses	111
Article 3. - Malformations et tumeurs	111
Article 4. - Articulation temporo-maxillaire.....	112
Article 5. - Orthopédie dento-faciale	113
CHAPITRE VII.- DENTS, GENCIVES	114
Section I.- SOINS CONSERVATEURS.....	114
Article premier - Obturations dentaires définitives	114
Article 2. - Hygiène bucco-dentaire et soins parodontiques	115
Sections II.- SOINS CHIRURGICAUX	115
Article premier. - Extractions.....	115
Article 2. - Traitement des lésions osseuses et gingivales	117
Article 3. - Chirurgie préprothétique (prothèse immédiate non comprise) (entente préalable)	117
Section III. - PROTHÈSE DENTAIRE.....	118
Article 1er. - Conditions générales d'attribution.....	118
Article 2. - Prothèse dentaire conjointe	118
Article 3. - Prothèse dentaire adjointe	119
CHAPITRE VIII. - PROTHÈSE RESTAURATRICE MAXILLO-FACIALE	120
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable).....	121

III/I. - ÉLECTROGUSTOMÉTRIE (E)	121
III/I. - ÉLECTRO-COCHLÉOGRAMME et AUDIO-ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME (non compris l'anesthésie générale éventuelle) (E).....	121
III/I. - POTENTIELS ÉVOQUÉS AUDITIFS (E).....	121
III/I. - POTENTIELS ÉVOQUÉS SOMESTHÉSQUES ET ÉLECTROMYOGRAPHIE	122
III/III. - ABLATION d'une TUMEUR du CONDUIT AUDITIF INTERNE par VOIE SUSPÉTREUSE sous MICROSCOPE.....	122
III/III. - NEURECTOMIE VESTIBULAIRE ou COCHLÉO-VESTIBULAIRE avec ABLATION du GANGLION de SCARPA dans le CONDUIT AUDITIF INTERNE par VOIE SUSPÉTREUSE sous MICROSCOPE	123
III/III. - DÉCOMPRESSION CHIRURGICALE du NERF FACIAL dans sa PREMIÈRE PORTION AVEC ou SANS ABLATION du GANGLION GÉNICULÉ par VOIE SUSPÉTREUSE sous MICROSCOPE	123
III/III. - IMPÉDANCEMÉTRIE AVEC RÉFLEXES STAPÉDIENS (E)	123
III/IV. - RHINOMANOMÉTRIE ANTÉRIEURE PASSIVE (RAP) ou "TEST de PROVOCATION par VOIE NASALE" (E)	123
III/IV. - SINUSCOPIE ou SINUSOSCOPIE au MOYEN d'un FIBROSCOPE (E)	124
III/IV. - ÉVIDEMENT de l'ETHMOÏDE.....	124
III/IV. - TRÉPANATION du SINUS SPHÉNOÏDAL par VOIE ETHMOÏDIENNE ISOLÉE (RARISSIME).....	124
III/IV. - TRÉPANATION CHIRURGICALE de la PAROI ANTÉRIEURE ou INFÉRIEURE du SINUS FRONTAL pour TRAITEMENT de la SINUSITE FRONTALE.....	124
III/IV. - TRAITEMENT de TOUTE LÉSION NON MALIGNNE du SINUS FRONTAL par TRÉPANATION CHIRURGICALE DE LA PAROI ANTÉRIEURE OU INFÉRIEURE DU SINUS FRONTAL	125
DIRECTIVES NATIONALES D'ASSIMILATION DENTAIRE (E = entente préalable)	125
TITRE IV. - ACTES PORTANT SUR LE COU	126
CHAPITRE I. - TISSU CELLULAIRE, MUSCLES	126
CHAPITRE II. - LARYNX.....	126
Article premier. - Actes de diagnostic et chirurgicaux	127
Article 2. - Rééducation de la voix, du langage et de la parole	127
CHAPITRE III. - CORPS THYROÏDE	131
CHAPITRE IV. - TRACHÉE - OESOPHAGE.....	131
TITRE V. - ACTES PORTANT SUR LE RACHIS OU LA MOELLE ÉPINIÈRE.....	132
Article premier. - Traitement neuro-chirurgical des affections intra-rachidiennes.....	132
Article 2. - Actes portant sur le rachis	133
COTATION(S) PROVISOIRE(S) MINISTÉRIELLE(S).....	134
V/1/5. - COTATION PROVISOIRE de la DISCECTOMIE PERCUTANÉE EN NEURO-CHIRURGIE (E).....	134
TITRE VI. - ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR.....	135
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)	137
VI. - EXPLORATION et NEUROLYSE du PLEXUS BRACHIAL dans le traitement des fibroses plexiques consécutives à la radiothérapie de certains cancers du sein	137
VI. - EXPLORATION MICROCHIRURGICALE DU PLEXUS BRACHIAL.....	138
VI. - MICROCHIRURGIE RÉPARATRICE des MEMBRES.....	138
VI. - FABRICATION ET APPLICATION D'ORTHÈSES STATIQUES et DYNAMIQUES des MAINS et des DOIGTS (E)	139
TITRE VII. - ACTES PORTANT SUR LE THORAX.....	139
CHAPITRE I. - SEIN	139
CHAPITRE II. - PAROI THORACIQUE.....	141
CHAPITRE III. - PLÈVRE - POUMONS	141
Article premier. - Explorations fonctionnelles respiratoires.....	141

Article 2. - Examens des troubles du sommeil	143
Article 3. - Actes de chirurgie	144
CHAPITRE IV. - MÉDIASTIN	145
CHAPITRE V. - COEUR - PÉRICARDE	146
Article premier. - Électrocardiographie	146
Article 2. - Autres enregistrements cardiaques	147
Article 3. - Surveillance monitorée	148
Article 4. - Interventions sur le coeur et le péricarde	149
Article 5. - Interventions nécessitant une circulation extracorporelle	149
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)	150
VII/I. - PONCTION BIOPSIE D'UN SEIN (E)	150
VII/I. - CHIRURGIE PLASTIQUE RÉPARATRICE du SEIN	151
VII/III. - COTATION D'ACTES D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	151
VII/V. - HÉMOFILTRATION MISE EN OEUVRE DANS DES CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES (E)	152
TITRE VIII. - ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN	152
CHAPITRE I. - ACTES DE DIAGNOSTIC	152
CHAPITRE II. - PAROI ABDOMINALE, GRANDE CAVITÉ PÉRITONÉALE	152
CHAPITRE III. - ESTOMAC ET INTESTIN	154
CHAPITRE IV. - FOIE, VOIES BILIAIRES, PANCRÉAS	156
CHAPITRE V. - RATE, SURRÉNALES	157
CHAPITRE VI. - RECTUM ET ANUS	157
COTATION(S) PROVISOIRE(S) MINISTÉRIELLE(S)	159
VIII/IV. - LITHOTRITIE EXTRA-CORPORELLE de la LITHIASE BILIAIRE (E)	159
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)	160
VIII/IV. - MISE EN PLACE ET CHANGEMENT PAR VOIE ENDOSCOPIQUE D'UNE ENDOPROTHÈSE BILIAIRE	160
VIII/IV. - SPHINCTÉROTOMIE ENDOSCOPIQUE ou PAPILLOSPHINCTÉROTOMIE ENDOSCOPIQUE	161
VIII/VI. - TRAITEMENT des HÉMORROÏDES par CRYOTHÉRAPIE (E)	161
TITRE IX. - APPAREIL URINAIRE	161
CHAPITRE I. - ENDOSCOPIE	161
CHAPITRE II. - ACTES LIÉS A LA TECHNIQUE DE L'HÉMODIALYSE	163
CHAPITRE III. - REINS	163
CHAPITRE IV. - URETÈRE	164
CHAPITRE V. - VESSIE	165
CHAPITRE VI. - URÈTRE	166
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)	167
IX. - TECHNIQUES d'EXTRACTION de CALCULS du HAUT APPAREIL URINAIRE	167
TITRE X. - ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN	167
CHAPITRE I. - VERGE	167
CHAPITRE II. - PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES	168
CHAPITRE III. - BOURSES	168
CHAPITRE IV. - ACTES LIÉS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) à compter du 26-02-2000	169
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)	169
X/III. - TRAITEMENT CHIRURGICAL de l'IMPUISSANCE MASCULINE	169

TITRE XI. - ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ.....	170
CHAPITRE I. - EN DEHORS DE LA GESTATION.....	170
Article premier. - Interventions par voie basse.....	170
Article 2. - Intervention par voie haute.....	171
Article 3. - Intervention par voies haute et basse combinées.....	172
CHAPITRE II. - ACTES LIÉS A LA GESTATION ET A L'ACCOUCHEMENT.....	172
CHAPITRE III. - ACTES LIÉS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) à compter du 26-02-2000.....	178
CHAPITRE IV. - ACTES DE DIAGNOSTIC ANTÉNATAL à compter du 26-02-2000.....	179
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable).....	179
XI/I/1. - FROTTIS ENDO-UTÉRINS RÉALISÉS à l'AIDE d'INSTRUMENTS du type "ENDOCYTE, ENDOSCANN, PIPELLE de CORNIER, INOCURETTE" (E).....	180
XI/I/1. TECHNIQUES D'INVESTIGATIONS GYNÉCOLOGIQUES.....	180
XI/I/2. - TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ FÉMININE PAR LA MICROCHIRURGIE TUBAIRE BILATÉRALE.....	181
TITRE XII. - ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR.....	181
CHAPITRE I. - CUISSE JAMBE.....	181
CHAPITRE II. - PIED.....	183
Article premier. - Chirurgie de l'avant-pied.....	183
Article 2. - Autres actes portant sur le pied.....	184
Article 3. - Actes de pédicurie.....	185
TITRE XIII. - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX.....	186
CHAPITRE I. - TESTS MENTAUX.....	186
CHAPITRE II. - ACTES DE THÉRAPEUTIQUE.....	188
TITRE XIV. - ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES.....	189
CHAPITRE I. - ACTES DE DIAGNOSTIC.....	190
Section 1. - ACTES ISOLÉS.....	190
Section 2. - BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE EFFECTUÉ PAR LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE.....	190
CHAPITRE II. - TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES.....	192
Article premier. - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques (actes affectés de la lettre clé AMS).....	192
Article 2. - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires.....	192
Article 3. - Rééducation de la paroi abdominale.....	193
Article 4. - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires.....	193
Article 5. - Rééducation des conséquences des affections respiratoires.....	194
Article 6. - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques.....	194
Article 7. - Rééducation des conséquences des affectations vasculaires.....	194
Article 8. - Rééducation des conséquences des affections périnéo-sphinctériennes.....	195
Article 9. - Rééducation de la déambulation du sujet âgé.....	195
Article 10. - Rééducation des patients atteints de brûlures.....	195
Article 11. - Soins palliatifs.....	196
Article 12. - Manipulations vertébrales.....	196
CHAPITRE III. - MODALITÉS PARTICULIÈRES DE CONDUITE DU TRAITEMENT.....	196
Article premier: - Traitements de groupe.....	196
Article 2. - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients.....	196
CHAPITRE IV. - DIVERS.....	196

TITRE XV. - ACTES DIVERS.....	197
CHAPITRE I. - ACTES D'URGENCE.....	197
CHAPITRE II. - RÉANIMATION CONTINUE.....	197
CHAPITRE III. - HYPERBARIE THÉRAPEUTIQUE.....	198
CHAPITRE IV. - CURES THERMALES	198
Article premier. - Entente préalable	198
Article 2. - Honoraires de surveillance médicale.....	199
Article 3. - Pratiques médicales complémentaires.....	199
Article 4. - Stations thermales pour lesquelles une prise en charge peut être accordée.....	201
CHAPITRE V. - ACTES UTILISANT LES AGENTS PHYSIQUES	208
Article premier. - Actes de diagnostic.....	208
Article 2. - Électrothérapie	210
Article 3. - Imagerie par résonance magnétique nucléaire (arrêté du 30-05-1997 - JO du 01-06-1997)	211
ANNEXE Seuils d'activité de référence annuelle des IRM (1) pour l'ensemble des matériels installés quelle que soit leur date d'installation	211
Tarifs (en euros) des forfaits techniques IRM pour 2003	213
TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS	213
CHAPITRE I. - SOINS DE PRATIQUE COURANTE.....	214
Article 1er. - Prélèvements et injections.....	214
Article 2. - Pansements courants	214
Article 3. - Pansements lourds et complexes	215
Article 4. - Pose de sonde et alimentation	215
Article 5. - Soins portant sur l'appareil respiratoire.....	216
Article 6. - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire	216
Article 7. - Soins portant sur l'appareil digestif	216
Article 8. - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée	217
Article 9. - Perfusions.....	217
Article 10. - Surveillance et observation d'un patient à domicile	217
Article 11. - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente.....	218
Article 12. - Garde à domicile	221
CHAPITRE II. - SOINS SPÉCIALISÉS.....	222
Article 1er. - Soins d'entretien des cathéters.....	222
Article 2. - Injections et prélèvements.....	222
Article 3. - Perfusion intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter veineux central ou d'un site implanté.....	223
Article 4. - Actes du traitement spécifique à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux.....	223
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	224
Article 5 bis. - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité	225
Article 6. - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire.....	226
TROISIÈME PARTIE NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX UTILISANT LES RADIATIONS IONISANTES	226
TITRE I. - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC	227
CHAPITRE I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	227
Article 1er. - Conditions générales de prise en charge	227
Article 2. - Cotation des actes.....	227

Article 3. - Actes effectués en dehors de l'unité d'imagerie.....	228
Article 4. - Circonstances particulières.....	228
CHAPITRE II. - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LE SQUELETTE	228
Article 1er. - Membre supérieur	228
Article 2. - Membre inférieur	229
Article 3. - Tête	230
Article 4. - Thorax	231
Article 5. - Rachis.....	232
Article 6. Actes multiples	233
CHAPITRE III. - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LES VISCÈRES.....	233
Article 1er. - Cavum, larynx, pharynx.....	233
Article 2. - Poumons, coeur.....	234
Article 3. - Tube digestif	234
Article 4. - Système urinaire.....	234
Article 5. - Gynécologie	235
Article 6. - Système nerveux	236
CHAPITRE IV. - EXAMENS DIVERS	236
CHAPITRE V. - EXAMENS UTILISANT DES APPAREILLAGES SPÉCIAUX.....	237
Article 1er. - Radiographie en coupe.....	237
Article 2. - Radiocinéma ou magnétoscope.....	237
Article 3. - Amplificateur de brillance.....	237
Article 4. - Scanographie (arrêté du 30-05-1997 - JO du 01-06-1997).....	238
ANNEXE I ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCE ANNUELLE (1).....	239
Matériels installés avant le 01-08-1991	239
Matériels installés entre le 01-08-1991 et le 31-12-1994	239
Matériels installés entre le 01-01-1995 et le 31-12-1996	239
Matériels installés entre le 01-01-1997 et le 31-12-1999 (arrêté du 28-06-2000 - JO du 12-07-2000).....	239
Matériels installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2002 (arrêté du 08-07-2003 - JO du 07-09-2003).....	240
Matériels installés entre le 01-01-2003 et le 31-12-2003 (arrêté du 11-10-2004 - JO du 21-11-2004).....	240
ANNEXE II Classification des scanners installés entre le 01-01-1992 et le 31-12-1992.....	240
ANNEXE III Classification des scanners installés entre le 01-01-1993 et le 31-12-1993	241
ANNEXE IV Classification des scanners installés entre le 01-01-1994 et le 31-12-1994	242
ANNEXE V Classification des scanners installés entre le 01-01-1995 et le 31-12-1995	243
ANNEXE VI Classification des scanners installés entre le 01-01-1996 et le 31-12-1996.....	245
ANNEXE VII Classification des scanners installés entre le 01-01-1997 et le 31-12-1997.....	246
ANNEXE VIII Classification des scanners installés entre le 01-01-1998 et le 31-12-1998	247
ANNEXE IX Classification des scanners installés entre le 01-01-1999 et le 31-12-1999 (arrêté du 28-06-2000 - JO du 12-07-2000).....	248
ANNEXE X - (arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003).....	251
Matériels installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2001	251
Matériels installés entre le 01-01-2002 et le 31-12-2002	252
ANNEXE XI - Matériels installés entre le 01-01-2003 et le 31-12-2003 (arrêté du 11-10-2004 - JO du 11-10-2004)	254
Tarifs (en euros) des forfaits techniques de scanner pour 2003.....	255
DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable).....	256

Z1. - COTATION D'ACTES D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE (E).....	256
Z1. - COTATION D'ACTES D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE (E).....	256
TITRE II. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE.....	257
CHAPITRE I. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE DE HAUTE ÉNERGIE	257
Article premier. - Protocole de traitement.....	257
Article 2. - Préparation du traitement.....	258
Article 3. - Irradiation par faisceaux de photons ou électrons.....	259
CHAPITRE II. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE À MOYENNE ET BASSE ÉNERGIE.....	260
Article premier. - Traitement des affections tumorales malignes (entente préalable).....	260
Article 2. - Traitement des affections tumorales bénignes (type verrue, papillome, etc.).....	260
Article 3. - Traitement des affections inflammatoires ou dégénératives subaiguës ou chroniques (type arthrose, chéloïde, hydrosadénite, névrites et névralgies, etc.) (entente préalable).....	260
Article 4. - Traitement des affections inflammatoires aiguës (type panaris, furoncle, anthrax, thrombose hémorroïdaire, etc.).....	261
CHAPITRE III. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE DE CONTACT	261
Article premier. - Traitement des affections bénignes.....	261
Article 2. - Autres traitements (entente préalable).....	261
CHAPITRE IV.- ACTES DE CURIETHÉRAPIE.....	262
Section I. - CURIETHÉRAPIE INTERSTITIELLE (ou endocuriethérapie) ET CURIETHÉRAPIE ENDOCAVITAIRE.....	262
Article premier. - Protocole de traitement.....	262
Article 2. - Préparation du traitement.....	262
Article 3. - Dosimétrie.....	263
Article 4. - Actes de curiethérapie.....	263
Section II. - CURIETHÉRAPIE DE CONTACT DE COURTE DURÉE (plésiocuriethérapie).....	263
TITRE III. - ACTES UTILISANT DES RADIOÉLÉMENTS EN SOURCES NON SCELLÉES (1).....	263
CHAPITRE I.	264
Section I - EXAMENS SUR LE PATIENT.....	264
Article premier. - Mesures externes de la radioactivité (sans imagerie).....	264
Article 2. - Explorations scintigraphiques morphologiques et fonctionnelles (imagerie).....	264
Section II. - MESURES D'ÉCHANTILLON BIOLOGIQUES	265
CHAPITRE II. - UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DES RADIOÉLÉMENTS EN SOURCES NON SCELLÉES	266
COTATION(S) PROVISOIRE(S) MINISTÉRIELLE(S).....	266
Z3. - COTATIONS PROVISOIRES MINISTÉRIELLES DES EXAMENS RÉALISÉS SUR UN TOMOGRAPHE À ÉMISSION DE POSITONS (TEP) (lettre ministérielle CAB/JL/YC/D 03002386 du 18-02-2003 transmise par LR-DSM n° 26 / 2003 du 22-04-2003).....	266
QUATRIÈME PARTIE NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX DE RADIOLOGIE VASCULAIRE ET D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE.....	267
TITRE I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	267
Article 1er. - Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués en salle d'imagerie.....	268
Article 2. - Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués au bloc opératoire.....	268
TITRE II. - RADIOLOGIE VASCULAIRE.....	269
CHAPITRE I. - ANGIOGRAPHIE NUMÉRISÉE PAR VOIE VEINEUSE	269
CHAPITRE II. - THORAX.....	269
CHAPITRE III. - TÊTE ET COU	270
CHAPITRE IV. - ABDOMEN.....	271
CHAPITRE V. - MEMBRES.....	271

TITRE III. - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.....	272
CHAPITRE I. - ANGIOPLASTIES.....	272
CHAPITRE II. - ACTES DIVERS DE RADIOLOGIE VASCULAIRE INTERVENTIONNELLE.....	273
CHAPITRE III. - OBLITÉRATIONS VASCULAIRES PAR EMBOLISATION.....	274
CHAPITRE IV. - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DU FOIE ET DU TUBE DIGESTIF.....	275
CHAPITRE V. - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE OSTÉO-ARTICULAIRE.....	275
CHAPITRE VI. - ACTES DIVERS DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.....	276
TITRE IV. - RADIOLOGIE INVASIVE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE.....	277
CHAPITRE I. - RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE.....	277
CHAPITRE II. - CATHÉTÉRISMES.....	277
CHAPITRE III. - ANGIOPLASTIES DES VAISSEAUX CORONAIRES.....	278
CHAPITRE IV. - ACTES DIVERS DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE.....	279
CHAPITRE V. - RADIOLOGIE PÉDIATRIQUE.....	279
CHAPITRE VI. - RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE.....	280
Article 1er. - Actes diagnostiques.....	280
Article 2. - Actes thérapeutiques.....	280
CINQUIÈME PARTIE NOMENCLATURE DES ACTES D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES.....	281

NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS DES MÉDECINS, CHIRURGIENS-DENTISTES, SAGES-FEMMES ET AUXILIAIRES MÉDICAUX

Dernière mise à jour technique : 10-11-2005

Dernière mise à jour réglementaire : Arrêté du 18-03-2005 (JO du 01-04-2005)

VALEURS DES LETTRES-CLÉS

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Convention nationale organisant les rapports entre les Médecins libéraux et l'Assurance maladie du 13-01-2005.

ACTES	Métropole (1)	Antilles - Guyane	Réunion
Consultation au cabinet : C	20.00	22.00	24.00
Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur : CALD	26.00	28.60	31.20
Visite au domicile du malade : V	20.00	22.00	24.00
Majoration forfait pédiatrique du médecin généraliste (FPE) pour les 3 examens pédiatriques obligatoires nécessitant l'établissement des certificats de santé (décret n° 73-267 du 02-03-1973). (Art. 14-4-1 des DG)	5.00	5.00	5.00
Majoration nourrisson MNO (article 7.1 de la convention) applicable au 01-03-2005 à la consultation ou à la visite pour les enfants de 0 à 24 mois et non cumulable avec le FPE.	5.00	5.00	5.00
Forfait thermal pour chaque patient suivant une cure thermale	64.03	64.03	64.03
Lettres-clés :			
- KC (actes de chirurgie et de spécialité)	2.09	2.09	2.09
- KE (actes d'écho, de doppler)	1.89	1.89	1.89

- K (autres actes de spécialité)	1.92	1.92	1.92
- SCM (soins conservateurs médecins) à compter du 01-03-2005	2,41	2,41	2,41
- ORT (orthodontie)	2.15	2.15	2.15
- PRO (prothèses)	2.15	2.15	2.15
Lettre-clé Z3 (autres spécialités et omnipraticiens)	1.33	1.33	1.33
Lettre-clé ZN (actes médecine nucléaire)	1.53	1.53	1.53
Lettre-clé PRA (produit radio-actif)	0.44	0.44	0.44
Majoration de dimanche et jour férié (2)	19.06	19.06	19.06
Majoration de nuit pour l'omnipraticien et le pédiatre : - de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 (MN) - de 00h00 à 06h00 (MM)	35.00 40.00	35.00 40.00	35.00 40.00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de l'omnipraticien : MD = majoration pour critères médicaux ; MDE = majoration pour critères environnementaux.	10.00	10.00	10.00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de l'omnipraticien - de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 (MDN) - de 00h00 à 06h00 (MDI)	38.50 43.50	38.85 43.85	39.20 44.20
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et de jours fériés de l'omnipraticien (MDD) (3).	22.60	22.91	23.26
Majoration d'urgence pour actes de premier recours effectués par l'omnipraticien hors du cabinet médical (MU) :	22.60	22.91	23.26
Majoration des soins d'urgence pratiqués au cabinet par l'omnipraticien et le pédiatre : K 14. (Article 14.3 des DG)	26.89	26.89	26.89
Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un omnipraticien de montagne nécessitant l'utilisation d'un plateau technique : K 6 (Article 14.5 des DG)	11.52	11.52	11.52
Indemnité de déplacement (ID) pour les médecins généralistes pour les actes effectués à domicile autres que la visite.	3.50	3.85	4.20
Indemnité horokilométrique (IK) :			
- plaine	0.61	0.67	0.73
- montagne et haute montagne	0.91	1.01	1.10
- à pied ou à ski	4.57	5.03	5.49
Rémunérations forfaitaires prévues pour l'adhésion à un contrat de pratique professionnelle :			

Rémunération forfaitaire annuelle par patient du Médecin Référent (MRD MRF)	45.73	45.73	45.73
Adhésion au contrat de santé publique type figurant dans le décret du 03-05-2002 relatif à la délivrance de soins palliatifs à domicile :			
• forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins (4)	80.00	80.00	80.00
• forfait mensuel du médecin participant à la coordination (4)	40.00	40.00	40.00
• forfait mensuel de soins	90.00	90.00	90.00
(1) Les tarifs applicables à Mayotte feront l'objet d'un avenant d'adaptation tarifaire au plus tard le 01-03-2005.			
(2) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde.			
(3) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.			

MÉDECINS SPÉCIALISTES

Convention nationale organisant les rapports entre les Médecins libéraux et l'Assurance maladie du 13-01-2005.

ACTES	Métropole (1)	Antilles - Guyanne	Réunion
Consultation au cabinet			
CS	23,00	25,30	27,60
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions prévues par l'article 2bis (mesure applicable jusqu'au 31-12-2005).	2,00	2,00	2,00
CNPSY	34,30	37,73	41,16
Majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions prévues par l'article 2bis (mesure applicable jusqu'au 31-12-2005).	2,70	2,70	2,70
CSC (cardiologie). (Art. 15.1 des DG)	45,73	50,61	52,44
Visite au domicile du malade			
VS	20,58	22,64	24,70
VNPSY	31,25	34,38	37,50
Forfait thermal	64,03	64,03	64,03
Majoration Forfait pédiatrique (FP) pour les pédiatres. (Art. 14.4 des DG.)	5,00	5,00	5,00
Majoration MNP pour les pédiatres du secteur 1 , applicable à compter du 01-03-2005 aux consultations d'enfants de moins de 2 ans (article 7.7 de la convention), cumulable avec le FP et non cumulable avec la MPC ni avec un DE.	2,00	2,00	2,00

Majoration de coordination spécialiste secteur 1, et secteur 1 DP ou secteur 2 adhérent à l'option de coordination : MCS applicable à la CS pour les spécialités suivantes (prévue à l'article 7.2 de la convention) : - dermatologie, - rhumatologie, - endocrinologie, - gynécologie, - ophtalmologie, - médecine interne. à compter du 01-03-2005 . (6)	2,00	2,00	2,00
Majoration de coordination spécialiste secteur 1, et secteur 1 DP ou secteur 2 adhérent à l'option de coordination : MCS applicable à la CNPSY pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie (article 7.2 de la convention) à compter du 01-03-2005 . (6)	3,00	3,00	3,00
Majoration forfaitaire pour sujétion particulière des actes liés à l'accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés, dans les unités d'obstétrique mentionnées au 2° de l'article D 712-84 du code de la santé publique. :			
Majoration pour garde sur place par un gynécologue-obtétricien et par un anesthésiste-réanimateur pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement (code prestation MG) (3)	228,68	228,68	228,68
Majoration pour astreinte opérationnelle par un gynécologue-obtétricien, un anesthésiste-réanimateur ou un pédiatre pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement (code prestation MA) (2)	61,00	61,00	61,00
Lettres clés			
K (autres actes de spécialité)	1,92	1,92	1,92
KE (acte d'écho, doppler)	1,89	1,89	1,89
KC (acte de chirurgie et de spécialité)	2,09	2,09	2,09
KCC (actes thérapeutiques sanguins non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd)	2,09	2,09	2,09
Majoration transitoire (MTC) pour actes thérapeutiques sanguins non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd effectués dans le cadre de la chirurgie générale, digestive, orthopédique-traumatologique, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale (mesure applicable du 01-10-2004 au 31-12-2005).	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26 € multiplié par le coefficient KCC de cotation	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26 € multiplié par le coefficient KCC de cotation	12,5 % de la cotation des actes, soit 0,26 € multiplié par le coefficient KCC de cotation
Majoration KFA (applicable aux actes de coefficient ≤ à 120 repris dans l'annexe à l'Art. 23 des DG)	30,49	30,49	30,49
Majoration KFB (applicable aux actes de coefficient > à 120 repris dans	60,98	60,98	60,98

l'annexe à l'Art. 23 des DG)			
Majoration KFC au forfait d'accouchement, lorsque celui-ci est réalisé par le médecin, applicable au médecin accoucheur et à l'anesthésiste à compter du 01-01-2003 Art. 24 des DG	KC 50	KC 50	KC 50
Forfait matériel consommable KFD pour macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire. (art. 25 des DG)	305.28 €	305.28 €	305.28 €
Lettres clés			
SCM (soins conservateurs médecins stomatologistes) à compter du 01-03-2005	2,41	2,41	2,41
ORT (orthodontie)	2,15	2,15	2,15
PRO (prothèse)	2,15	2,15	2,15
Lettres clés Z			
Z1 (électroradiologistes)	1,62	1,62	1,62
Z2 (rhumatologues et pneumologues)	1,54	1,54	1,54
Z3 [autres spécialistes et omnipraticiens, y compris gastro-entérologues (avenant du 02-12-2000)]	1,33	1,33	1,33
Z4 (spécialistes en radiothérapie)	1,67	1,67	1,67
Zn (actes de médecine nucléaire)	1,53	1,53	1,53
Zm (actes de mammographies pratiqués par le médecin radiodiagnosticien)	1,62	1,62	1,62
PRA (produit radio-actif)	0,44	0,44	0,44
P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste qualifié)	0,28	0,32	0,34
Majoration de dimanche et de jour férié pour le médecin spécialiste (4)	19,06	19,06	19,06
Majoration de nuit pour le médecin spécialiste (sauf pour le pédiatre).	25,15	25,15	25,15
Majoration de nuit pour le médecin omnipraticien et pour le pédiatre. - de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 - de 00h00 à 06h00	35,00 40,00	35,00 40,00	35,00 40,00
Indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes.			
- Agglomération Paris - Lyon - Marseille (5).	5,34		
- Autres agglomérations.	3,81	4,19	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK).			
- Plaine.	0,61	0,67	0,73
- Montagne et haute montagne.	0,91	1,01	1,10
- À pied ou à ski.	4,57	5,03	5,49
(1) Les tarifs applicables à Mayotte feront l'objet d'un avenant d'adaptation tarifaire au plus tard le 01-03-2005.			

- (2) Et mentionnée au troisième alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27-12-2001 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins.
- (3) Et mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27-12-2001 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins.
- (4) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.
- (5) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.
- (6) La majoration MCS est ouverte, par dérogation, pour les bénéficiaires de la CMUC, aux spécialistes secteur 1 avec DP ou secteur 2, non adhérents à l'option de coordination.

CHIRURGIENS-DENTISTES

Annexes annuelles fixant les objectifs de dépenses et les tarifs des professions conventionnées avec l'assurance maladie (JO du 20-04-2000).

Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du 10-12-2001.

Avenant n° 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes (JO du 18-12-2002) .

Avenant n° 5 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes (JO du 19-03-2003) .

Avenant n° 7 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes (JO du 15-10-2004) .

Lettres-clés	Départ. métrop. (euros)	Antilles- Guyane (euros)	Réunion (euros)
Consultation :			
- du chirurgien-dentiste omnipraticien C	20.00	22.00	24.00
- du chirurgien-dentiste spécialiste CS	23.00	25.15	27.44
Visite :			
- du chirurgien-dentiste omnipraticien V	16.77	18.45	20.12
- du chirurgien-dentiste spécialiste VS	20.58	22.64	24.70
SC	2.41	2.41	2.41
SPR	2.15	2.15	2.15
TO	2.15	2.15	2.15
D	1.92	1.92	1.92
DC	2.09	2.09	2.09
Z	1.33	1.33	1.33
Majoration de dimanche ou jour férié	19.06	19.06	19.06
Majoration de nuit	25.15	25.15	25.15
Examen de prévention bucco-dentaire (BDC) pour les jeunes âgés de 13 à 18 ans avec	25.00	25.00	25.00

le cas échéant établissement d'un programme de soins annuel de prévention. (1)			
Indemnité forfaitaire de déplacement	2.74	2.74	2.74
Valeur de l'indemnité kilométrique			
- plaine	0.61	0.65	0.69
- montagne	0.91	0.97	1.02
- à pied, à skis	4.57	4.88	4.88

(1) Extrait de l'avenant n° 7 à la convention nationale des Chirurgiens Dentistes (JO du [15-10-2004](#)). Cet examen est fixé à 25 € Il est versé directement par la caisse d'assurance maladie au chirurgien-dentiste choisi par le patient.

Cet examen peut être complété (si nécessaire) par une prise de radiographie intrabuccale réglée sur la base d'un forfait, quelle que soit la technique utilisée, de la façon suivante :

- pour la réalisation de deux clichés : 10,67 €;
- pour la réalisation de quatre clichés : 21,34 €

Un protocole national définit les modalités pratiques de mise en place et de suivi du dispositif. "

(Cf. Circulaire CIR 132 / 2004 du [10-11-2004](#) qui précise les règles de liquidation)

SAGES-FEMMES

Annexes annuelles fixant les objectifs de dépenses et les tarifs des professions conventionnées avec l'assurance maladie (JO du [20-04-2000](#)).

Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du [10-12-2001](#).

Modifiée par :

- Avenant à la convention nationale des sages-femmes (JO du [13-09-2002](#))
- arrêté du [11-10-2004](#) (JO du [21-11-2004](#)) suppression des forfaits accouchement.
- arrêté du [11-10-2004](#) (JO du [21-11-2004](#)) avenant n° 6 à la convention des SF (Lettre-clé KE).

Lettres-clés	Départements métropolitains (en euros)	Départements d'outre-mer (en euros)
Actes obstétricaux		
Consultation	15.30	15.30
Visite	15.30	15.30

Actes en SF (actes autres que les actes d'échographie, d'échotomographie obstétricale et de doppler)	2.65	2.65
Actes en KE (actes d'échographie, d'échotomographie obstétricale et de doppler réalisés par la sage-femme)	1,89	1,89
Majorations de dimanche et jour férié	21.00	21.00
Majoration de nuit :		
- de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00	35.00	35.00
- de 00h00 à 06h00	40.00	40.00
Indemnité de déplacement (IFD)	3.81	3.81
Soins infirmiers		
Actes en SFI	2.18	2.18
Majorations de dimanche	7.62	7.62
Majorations de nuit	9.15	9.15
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFA)	1.19	1.19
Indemnités kilométriques		
- Plaine	0.38	0.38
- Montagne	0.61	0.61
- À pied, à skis	3.35	3.66

DIRECTEURS DE LABORATOIRE

Tarifs applicables à compter du **05-07-1999**

(Arrêté du **01-07-1999** - JO du **02-07-1999** - pris en application de l'article L 162-14-4, alinéa 1, du Code de la Sécurité sociale)

modifié par l'arrêté du **08-09-1999** (JO du **11-09-1999**)

modifié par les avenants aux annexes annuelles fixant les tarifs des professions de santé conventionnées avec l'assurance maladie (JO du **01-08-2000** et du **02-12-2000**).

Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du **10-12-2001**.

Modifié par avenant (JO du **03-07-2002**)

Lettres-clés	Départ. métrop. (euros)	Antilles (euros)	Guyane- Réunion (euros)
Lettre-clé B (4)	0.27	0.31	0.33

Lettre-clé KB	1.92	1.92	1.92
Lettre-clé PB	2.52	2.52	2.52
Lettre-clé TB	2.52	2.52	2.52
Majoration pour prélèvements effectués:			
- la nuit (1)	22.87	22.87	22.87
- le dimanche ou jour férié (1)	16.77	16.77	16.77
Indemnité de déplacement :			
- Paris, Lyon, Marseille	4.73		
- agglomération de 100 000 habitants et plus	3.66		
- autres	3.35	3.86	4.02
Indemnités kilométriques :			
- plaine (2)	0.38	0.44	0.46
- montagne (3)	0.53	0.62	0.64
- à pied, à skis	3.05	3.35	3.35

(1) Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués au domicile du malade la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires, à une majoration. (Cette majoration s'applique à partir du samedi midi.)

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ils ne donnent lieu à supplément que si l'appel au biologiste a été fait entre 19 heures et 7 heures.

(2) Abattement kilométrique: 6 km aller, 6 km retour.

(3) Abattement kilométrique: 3 km aller, 3 km retour.

INFIRMIERS

Annexes annuelles fixant les objectifs de dépenses et les tarifs des professions conventionnées avec l'assurance maladie (JO du **20-04-2000**).

Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du **10-12-2001**.

Modifié par :

- Arrêté du **01-03-2002** - JO du **03-03-2002** (Avenant à la convention des infirmiers)

- Arrêté du **28-06-2002** (JO du **02-07-2002**).

Avenant n° 3 (JO du **27-02-2003**)

Lettres-clés	Départements	Départements
--------------	--------------	--------------

	métropolitains (en euros)	d'outre-mer (en euros)
AMI	2.90	2.90
AIS	2.40	2.40
DI	10.00	10.00
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) :	1.50	1.50
- à/c du 01-04-2003 (av. n° 3 - JO du 27-02-2003):	1.83	1.83
- à/c du 01-11-2003 (av. n° 3 - JO du 27-02-2003):	2.00	2.00
Majoration		
- nuit (de 20h00 à 23h00 et de 05h00 à 08h00)	9.15	9.15
- nuit (entre 23h00 et 5h00)	18.30	18.30
- dimanche (1)	7.62	7.62
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK) :		
- plaine	0.30	0.33
- montagne	0.45	0.50
- à pied, à skis	3.35	3.66
(1) La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi 8 heures pour les appels d'urgence.		

MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

**Annexes annuelles fixant les objectifs de dépenses et les tarifs des professions conventionnées avec l'assurance maladie (JO du 20-04-2000)
modifié par l'avenant du JO du 01-08-2000.**

Arrêté du 04-10-2000 (JO du 05-10-2000)

Avenant à la convention des MK (JO du 05-10-2000).

Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du 10-12-2001.

Avenant à la convention des MK (Arrêté du 11-01-2002 - JO du 13-01-2002)

Avenant du 10-04-2003 (JO du 19-06-2003) à la convention des masseurs-kinésithérapeutes

Lettres-clés	Départements métropolitains (en euros)	Antilles - Guyane Réunion (en euros)

AMK	2.04	2.04
AMC	2.04	2.04
AMS	2.04	2.04
Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)	2.00	2.00
Majorations :		
- nuit	9.15	9.15
- dimanche	7.62	7.62
La majoration de dimanche s'applique à compter du samedi 12 heures pour les appels d'urgence		
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK) :		
- plaine	0.38	0.43
- montagne	0.61	0.66
- à pied, à skis	3.35	3.35

ORTHOPHONISTES

**Annexes annuelles fixant les objectifs de dépenses et les tarifs des professions conventionnées avec l'assurance maladie (JO du 20-04-2000).
Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du 10-12-2001.
Arrêté du 13-03-2002 - JO du 15-03-2002 (avenant à la convention des orthophonistes)**

Lettres-clés	Départements métropolitains (en euros)	Départements d'outre-mer (en euros)
AMO	2.37	2.37
Indemnité forfaitaire de déplacement	1.52	1.52
Valeur de l'Indemnité kilométrique :		
- plaine	0.24	0.27
- montagne	0.37	0.40
- à pied, à skis	1.07	1.07

ORTHOPTISTES

Annexes annuelles fixant les objectifs de dépenses et les tarifs des professions conventionnées avec l'assurance maladie (JO du **20-04-2000**) modifié par l'avenant du JO du **01-08-2000**.

Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du **10-12-2001**.

Avenant à la convention nationale des orthoptistes (JO du **27-06-2002**)

Lettres-clés	Départements métropolitains (en euros)	Départements d'outre-mer (en euros)
AMY	2.38	2.38
Indemnité forfaitaire de déplacement	1.45	1.45
Majoration :		
- nuit	9.15	9.15
-dimanche	7.62	7.62
Indemnité kilométrique :		
- plaine	0.24	0.27
- montagne	0.37	0.40
- à pied, à skis	1.07	1.07

PÉDICURES

Valeurs en euros fixées par Circulaire CNAMTS CABDIR n° 15 / 2001 du **10-12-2001**

[complétée par message HERMÈS CNAMTS (Philippe BEAUSSART tel. 01.42.79.43.20) n° 02 / 02 du **03-01-2002**]

modifié selon édition UCANSS n° 1 - 2003

Lettres-clés	Départements métropolitains ZONE A (région parisienne)	Départements métropolitains ZONE B (Lyon, Marseille)	Départements métropolitains ZONE C (autres départements et localités)	Antilles - Guyane	Réunion
AMP	0.63	0.63	0.63	0.63	0.63
Majoration de nuit	0.76	0.72	0.66	0.59	0.64

Majoration de dimanche	0.61	0.58	0.53	0.59	0.64
Indemnité de déplacement	0.50	0.47	0.47	0.52	0.57
Indemnité kilométrique :					
- plaine	0.08	0.08	0.08	0.09	0.10
- montagne	0.11	0.11	0.11	0.12	0.14
- à pied ou à skis	0.38	0.38	0.38	0.42	0.46

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60 - 451 du 12-05-1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2. - Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.

1. Lettre-clé

La lettre-clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Selon le type de l'acte les lettres-clés à utiliser sont les suivantes :

C - Consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

Cs - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

CALD - Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur.

CsC - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.

CNPSY - Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

V - Visite au domicile du malade par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

Vs - Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

VNPSY - Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

K ou KC - Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin.

KCC - Actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin spécialiste. (Actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd)

KE actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler pratiqués par le médecin ou la sage-femme.

P - Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste qualifié mentionné à l'article premier du décret n° 88 - 280 du [24-03-1988](#) (1).

Z - Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.

ZM - Actes de mammographie pratiqués par le médecin.

ZN - Actes utilisant des radioéléments en sources non scellées pratiqués par le médecin.(3)

ORT - Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin (5)

SCM - Soins conservateurs pratiqués par le médecin (5)

PRO - Actes de prothèse dentaire pratiqués par le médecin (5)

TO - Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste (4) ;

SC - Soins conservateurs pratiqués par le chirurgien-dentiste (4) ;

SPR - Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste (4).

D ou DC - Actes autres que d'orthopédie dento-faciale, d'obturations dentaires définitives, de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste. La lettre-clé DC est utilisée par le chirurgien-dentiste pour les actes affectés de la lettre KC à la deuxième partie de la nomenclature.

SF - Actes pratiqués par la sage-femme autres que les actes d'échographie, d'échotomographie ou de Doppler..

SFI - Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMS - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute.

AMK - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK.

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 (2).

AIS - Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades (2).

DI - Démarche de soins infirmiers.

AMP - Actes pratiqués par le pédicure.

AMO - Actes pratiqués par l'orthophoniste.

AMY - Actes pratiqués par l'aide-orthoptiste.

(1) Sont applicables aux actes de la Nomenclature générale des actes professionnels notés en P les dispositions de la Nomenclature des actes de biologie médicale applicables aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques (art. 1er de l' arrêté du [06-07-1989](#)) .

(2) Effet au [01-03-1992](#).

(3) Ces dispositions résultant de l'arrêté du [09-08-1994](#) (JO du [01-09-1994](#)) ont pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du [03-03-1995](#) (JO [05-03-1995](#), effet au [07-03-1995](#)) approuvant l'avenant n° 5 à la convention médicale dont l'annexe tarifaire fixe le tarif de la lettre clé ZN et celui de la majoration pour fourniture des produits radioactifs (PRA).

(4) Ces dispositions ont pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté approuvant la convention nationale des chirurgiens-dentistes (arrêté du [27-10-1994](#), JO du [30-10-1994](#), effet du [01-11-1994](#)).

(5) Ces dispositions résultant de l'arrêté du [26-04-1995](#) (JO du [05-05-1995](#)) ont pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du [28-03-1997](#) (JO [29-03-1997](#), effet au [01-04-1997](#)) approuvant la convention nationale des médecins spécialistes, dont l'article 4 fixe la valeur des lettres clés ORT, SCM, PRO.

2. Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 2 bis. - Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste

1. - Lorsque le médecin spécialiste, dont la spécialité est mentionnée dans la liste ci-après, est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu, en sus du tarif de la consultation, à une majoration forfaitaire transitoire, dénommée **MPC**, dès lors que ce médecin spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des b et c de l'article 12 de l'arrêté du [13-11-1998](#) modifié portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

" Par dérogation, les médecins spécialistes dont la liste est mentionnée ci-dessous et qui sont autorisés à pratiquer des tarifs différents au sens des articles b et c de l'article 12 susmentionné peuvent bénéficier de la majoration forfaitaire transitoire pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale.

" La valeur en unité monétaire de cette majoration forfaitaire transitoire, qui peut faire l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin, est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Liste relative aux spécialités médicales :

- " Dermatologie et vénéréologie.
- " Endocrinologie et métabolismes.
- " Cardiologie.
- " Gastro-entérologie et hépatologie.
- " Gynécologie médicale.
- " Hématologie.
- " Médecine interne.
- " Médecine physique et de réadaptation.
- " Néphrologie.
- " Neurologie.
- " Neuropsychiatrie.
- " Oncologie.
- " Ophtalmologie.
- " Oto-rhino-laryngologie.
- " Pédiatrie.
- " Psychiatrie.
- " Pneumologie.
- " Rhumatologie.

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

" Elle n'est pas non plus cumulables avec la facturation du dépassement exceptionnel (**DE**), mentionné au a de l'article 12 de l'arrêté du [13-11-1998](#) précité. "

Article 3. - Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature.

Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le médecin doit indiquer sur la feuille de soins :

1. La lettre-clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ;
2. immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Article 4. - remboursement par assimilation

1. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours doit être considéré comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

2. Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'assurance maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'entente préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation.

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 et qu'ils soient de sa compétence.

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.

Article 6. - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation et le remboursement s'effectuent sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité de l'auxiliaire médical ou de la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin. Dans ce cas, la feuille de soins est signée à la fois par l'auxiliaire médical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Article 7. - Entente préalable [modifié par décret n° 2001 - 492 du 06-06-2001 (JO du 10-06-2001) et décret n° 2001 - 532 du 20-06-2001 (JO du 22-06-2001)]

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'entente 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'entente préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre E.

B. - Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le malade est tenu, préalablement à l'exécution de cet acte, d'adresser au contrôle médical une demande d'entente préalable remplie et signée par le praticien qui doit dispenser l'acte.

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

Les demandes d'entente préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale.

Lorsque les honoraires sont réglés directement aux praticiens par la Caisse (notamment en ce qui concerne les soins donnés aux victimes d'accidents du travail), la demande d'entente préalable est adressée au contrôle médical par le praticien et non par le malade.

C. - La date d'envoi de la demande d'entente préalable est attestée par le timbre date de la poste.

La réponse de la caisse d'assurance maladie doit être adressée au malade ou au praticien, le cas échéant, au plus tard le 15^e jour suivant 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'entente 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.

Article 8. - Acte global et actes isolés

A) Acte global.

Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixés à l'acte global, de ce fait ils comportent en sus de la valeur de l'acte celle:

- des soins pré-opératoires ;
- de l'aide opératoire éventuelle ;
- en cas d'hospitalisation, des soins post-opératoires pendant la période de 20 jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le 20^e jour, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires ;
- en cas d'intervention sans hospitalisation, des soins post-opératoires pendant une période de dix jours. Cependant, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires.

Par contre, ces coefficients ne comprennent pas notamment :

- les honoraires dus éventuellement au praticien traitant assistant à l'intervention, qu'il y ait participé ou non ;
- les actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade ;
- les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention ;

- la fourniture des articles de pansement.

Les honoraires de chaque médecin doivent être notés sur des feuilles de maladie distinctes, notamment ceux du médecin traitant assistant à l'intervention et ceux du médecin anesthésiste réanimateur.

B) Acte isolé.

1. Les coefficients inférieurs à 15 ne sont pas fixés à l'acte global et correspondent à des actes isolés. De ce fait, les actes (pansements, par exemple) consécutifs à des interventions d'un coefficient inférieur à 15 sont cotés à part.

Le médecin ne doit noter une consultation ou une visite que lorsque les séances de soins consécutives à l'intervention s'accompagnent d'un examen du malade (Cf. article 15).

2. Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance (Cf. article 11-B) les soins consécutifs sont honorés à part, même si le coefficient total correspondant à l'ensemble des actes dépasse 15, à la condition que le coefficient isolé de chacun des actes soit au plus égal à 14.

Article 9. - Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, une seconde intervention, nécessitée par une modification de l'état du malade ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période, annulant le temps restant à courir, de vingt à dix jours selon qu'il y a ou non hospitalisation.

Article 10. - Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, il se présente une affection médicale intercurrente, nécessitant l'intervention d'un médecin autre que l'opérateur, les soins dispensés donnent lieu à honoraires, indépendamment de ceux relatifs à l'intervention chirurgicale.

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 exceptions prévues ci-dessous.

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

Exceptions :

a) Le cumul des honoraires prévus pour la radiographie pulmonaire avec les honoraires de la consultation est autorisé pour les médecins pneumo-physiologistes qualifiés.

b) 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.

c) le cumul des honoraires prévus pour l'électrocardiogramme avec les honoraires de la consultation ou de la visite est autorisé dans les conditions précisées au titre VII, chapitre V, article 1. Cependant, en cas d'actes multiples au cours de la même séance, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec la consultation ou la visite.

B) Actes en K, KC, KCC, KE, D, DC, SF, SFI, AMI, AIS, AMP, 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 (1).

(1) 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) à l'électrodiagnostic de stimulation et à l'électromyogramme figurant au titre III, chapitre I article 1. ;

c) en odontostomatologie, lorsqu'un acte isolé distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global.

d) Aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

Article 12. - Actes en plusieurs temps

A.- Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature sous une forme globale comprend en réalité plusieurs interventions successives (actes en plusieurs temps), le médecin ne signe la feuille de maladie que lorsque les différents temps de l'intervention sont terminés. Dans le cas où ces interventions auront été interrompues, il indique la quotité partielle de celles effectuées (exemple KC 50 x 1/3).

S'il s'agit d'une série de séances qui a été interrompue, le médecin indique le nombre de séances effectuées.

B. - Lorsqu'un traitement comportant une série d'actes répétés est coté dans la nomenclature sous une forme globale, il doit être inscrit sur la feuille de maladie uniquement sous cette forme, et ne peut être décomposé en actes isolés.

C. - Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a été effectuée en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune majoration, sauf indication contraire portée à la nomenclature.

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

L'arrêté du 30-09-2002 paru au JO du 02-10-2002, a modifié l'article 13 en se basant sur la rédaction antérieure aux mesures négociées par voie conventionnelle en 1984.

La version de cet article, conforme à l'arrêté du 30-09-2002 n'intègre plus les modifications conventionnelles approuvées par arrêté interministériel du 13-07-1984, publié au JO du 24-07-1984, mais qui n'ont jamais fait l'objet d'un arrêté ministériel modificatif de la NGAP.

Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du praticien sont remboursés, en sus de la valeur propre 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 praticien.

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin omnipraticien 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 omnipraticien et désignée par la lettre clé V.

B) Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés dans une grande agglomération urbaine, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement. La liste de ces grandes agglomérations ainsi que la valeur en unité monétaire de cette indemnité sont fixées 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 omnipraticien et désignée par la lettre clé V.

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

C) Indemnité horokilométrique (IK)

L'arrêté du 30-09-2002 (JO du 02-10-2002) reprend les règles d'abattement de l'IK, antérieures à celles négociées conventionnellement avec les syndicats des médecins et approuvées par arrêté interministériel du 13-07-1984 (JO du 24-07-1984).

Par message HERMÈS n° 59 / 02 du 04-10-2002, les services de la CNAMTS ont souligné que "s'agissant des IK, la règle des abattements est inchangée (12 km aller/retour en plaine et 6 km aller/retour en montagne)".

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

Pour les visites réalisées par les médecins omnipraticiens, 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 propre de l'acte; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, KC, Z, D, DC, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après:

1° L'indemnité due au praticien 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. Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.

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

2° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un praticien ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au praticien de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade. Toutefois, lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin omnipraticien ou au chirurgien-dentiste omnipraticien le plus proche.

Article 13.1. - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par la loi n° 75 - 535 du 30-06-1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Article 13.2. - Frais de déplacement pour les actes effectués en établissements de santé par les médecins anatomocytopathologistes.

Les frais de déplacement en établissements de santé ne peuvent être facturés par les médecins anatomocytopathologistes, conformément à l'article 13 ci-dessus, qu'à titre exceptionnel, pour pratiquer des examens extemporanés.

Article 14. - Actes effectués la nuit ou le dimanche

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils 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.

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, KC, KCC, KE, Z, D, DC et 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 omnipraticiens, 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, KC, KCC, KE, Z, D, DC et 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, KC, KCC, KE, Z, D, DC et 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.

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

Lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (centre 15), soit à la demande expresse et motivée du patient, la visite ou les actes de premier recours qu'il effectue donnent lieu en sus des honoraires normaux et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence.

L'application de la disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la Nomenclature générale des actes professionnels.

La majoration forfaitaire d'urgence ne se cumule pas avec les majorations prévues à l'article 14 ci-dessus pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Article 14.2. - Majoration de déplacement

I. - Lorsque le médecin omnipraticien est amené à se rendre au domicile d'une des personnes mentionnées ci-dessous:

a) Les personnes âgées d'au moins soixante-quinze ans, exonérées du ticket modérateur au titre d'une des affections mentionnées aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale;

b) Les personnes, quel que soit leur âge, atteintes de l'une des affections de longue durée suivantes, telles que mentionnées notamment à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale :

- 1° Accident vasculaire cérébral invalidant;
- 2° Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie) ;
- 3° Maladie de Parkinson ;
- 4° Mucoviscidose ;
- 5° Paraplégie ;
- 6° Sclérose en plaques ;

c) Les bénéficiaires de l'allocation tierce personne au titre :

- 1° Du 3° de l'article L. 341-4 et de l'article L. 341-15 du code de la sécurité sociale ;
- 2° Du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale ;
- 3° De l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ;

d) Les titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée dans la loi n° 2001 - 647 du 20-07-2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, quand ces personnes sont exonérées du ticket modérateur au titre de l'assurance maladie ;

e) Les patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale d'un coefficient supérieur à KCC 150, quand la ou les visites sont effectuées dans les 10 jours suivant l'intervention ;

f) Les patients en hospitalisation à domicile.

La visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration de déplacement - dénommée MD -, à la condition que les personnes mentionnées ci-dessus se trouvent dans une des situations cliniques suivantes:

1° Incapacité concernant la locomotion par atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique, par atteinte cardio-vasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente, par atteinte respiratoire chronique grave, par atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée, par trouble de l'équilibre ;

2° État de dépendance psychique avec incapacité de communication ;

3° État sénile ;

4° Soins palliatifs ou état grabataire ;

5° Période post-opératoire immédiate contre-indiquant le déplacement ;

6° Altération majeure de l'état général.

II. - 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, lorsque le médecin omnipraticien est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans l'énumération - a à f compris - mentionnée au I 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 se trouve dans une des situations cliniques visées au I ci-dessus.

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

III. - À titre exceptionnel, dans les zones où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours, parmi celles définies en application de l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, et qui sont fixées par les accords régionaux de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, la visite du médecin omnipraticien à une personne dont le domicile est situé dans la zone concernée donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration visée ci-dessus, dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge - en particulier de plus de 80 ans - ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin omnipraticien.

Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDE.

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

IV. - Lorsque le médecin omnipraticien effectue la visite la nuit, le dimanche et les jours fériés uniquement dans les conditions définies aux I, II ou III ci-dessus, la visite 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 visites de nuit effectuées 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 la visite. Elle est dénommée MDD pour les visites réalisées le dimanche et les jours fériés.

V. - L'application des dispositions visées ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, dans les conditions précisées au titre VII, chapitre V, article 1er de la deuxième partie de la nomenclature,

VI. - La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées aux articles 14 et 14-1 ci-dessus.

VII. - Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin omnipraticien 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 ne peut être facturée qu'une seule fois.

VIII. - La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.3. - Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet

Lorsque le médecin généraliste et le pédiatre effectuent, après examen en urgence d'un patient, des actes figurant sur la liste ci-dessous, la cotation de ces actes donne lieu à l'application d'une majoration pour soins d'urgence faits au cabinet, qui s'ajoute à la cotation des actes sans application de l'article 11-B des présentes dispositions générales. Cette majoration ne fait pas obstacle à la cotation éventuelle d'un électrocardiogramme et peut se cumuler avec les majorations des actes effectués la nuit et le dimanche. L'application de l'article 8 desdites dispositions générales ne prend pas en compte cette majoration. Cette majoration est fixée à K 14.

Les actes concernés par cette majoration sont les suivants :

Dans la première partie (Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes) ;

Au titre I (Actes de traitement des lésions traumatiques) :

- les actes mentionnés à l'article 1er (Traitement orthopédique y compris l'immobilisation d'une fracture fermée ne nécessitant pas de réduction) du chapitre I (Fractures) ;
- les actes mentionnés à l'article 1er (Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante) du chapitre II (Luxations) ;
- les libellés relatifs à la régularisation, l'épluchage et la suture éventuelle d'une plaie, mentionnés au chapitre III (Plaies récentes ou anciennes). Pour ces actes, la majoration s'applique uniquement si le médecin utilise un plateau de chirurgie à usage unique ou, le cas échéant, un matériel de fermeture adhésif. Elle n'est pas due si le médecin qui effectue l'acte établit une prescription pour couvrir le matériel visé ci-dessus, à l'exception des agrafes.

Au titre II (Actes portant sur les tissus en général) :

- les libellés relatifs à la confection d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation, mentionnés au chapitre IV (Articulations) ;

Au titre III (Actes portant sur la tête) :

- l'hémostase nasale pour épistaxis, mentionnée à l'article 1er (Nez) du chapitre IV (Face) ;

Au titre XV (Actes divers) :

- le traitement de premier recours, mentionné au chapitre I (Actes d'urgence).

Article 14.4. - Forfait pédiatrique

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

Cette majoration ne s'applique qu'aux consultations et aux visites répondant aux conditions fixées dans l'annexe de l'arrêté du [31-07-2002](#) (relatif à l'accord de bonnes pratiques et de bon usage des soins applicable aux pédiatres).

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

Article 14.4.1. - Forfait pédiatrique du médecin omnipraticien

Les consultations ou visites effectuées dans les huit jours qui suivent la naissance, au cours du neuvième ou dixième mois et au cours du vingt-quatrième ou du vingt-cinquième mois, à destination d'un enfant âgé de 0 à 25 mois inclus par le médecin omnipraticien, et donnant lieu à l'examen complet et l'établissement d'un certificat de santé, tels que mentionnés aux articles R. 2132-2 et R. 2132-3 du code de la santé publique, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée forfait pédiatrique enfant (**FPE**), lorsqu'elles comportent, en sus de l'examen prévu ci-dessus, un interrogatoire, un entretien de conclusion avec la conduite à tenir, des prescriptions préventives ou thérapeutiques ou d'examen complémentaires éventuels. Les consultations et visites concernées par cette majoration **FPE** donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

" Dans le délai de huit jours, le médecin omnipraticien concerné adresse le certificat médical correspondant à l'âge de l'enfant, sous pli fermé et confidentiel, 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.

" La majoration mentionnée ci-dessus ne s'applique pas aux consultations et visites qui ne répondent pas aux conditions prévues ci-dessus.

" La valeur en unité monétaire de cette majoration est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux. "

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

Pour l'application de cet article, on entend par médecin de montagne un médecin généraliste qui exerce dans ou à proximité immédiate d'une station de sports d'hiver.

Lorsque, au cours de la même séance, le médecin de montagne effectue un examen radiologique et la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique, telle que mentionnée au chapitre IV (Lésions diverses) du titre Ier (Actes de traitement des lésions traumatiques) de la deuxième partie de la Nomenclature générale des actes professionnels, la cotation des actes donne lieu à application d'une majoration, fixée à K 6, qui s'ajoute à la cotation des actes, sans application de l'article 11-B.

Cette majoration ne fait pas obstacle à la cotation éventuelle d'un électrocardiogramme et peut se cumuler avec les majorations des actes effectués la nuit ou le dimanche.

L'application de l'article 8 desdites dispositions générales ne prend pas en compte cette majoration.

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 (injections 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 de l'acte pratiqué.

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

La consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire 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 cardio-vasculaire 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.

Article 15.2. Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur

La consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur (CALD) a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient.

Cette consultation approfondie fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient, sur la coordination de ses soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique, notamment par des conseils d'hygiène de vie.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient et dont un double lui est remis.

La cotation CALD ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés.

La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Article 16. - Visite unique pour plusieurs malades

Lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, seul le premier acte est compté pour une visite ; les suivants sont considérés comme des consultations, il ne peut être compté plus de deux consultations en sus de la première visite.

Les soins donnés à chaque malade doivent être notés sur une feuille de maladie spéciale à ce malade.

Article 17. - Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade

Les consultations et les visites des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes qualifiés et des médecins neuropsychiatres, psychiatres ou neurologues qualifiés (au cabinet du praticien ou au domicile du malade) sont affectées du coefficient 1.

Article 18. - Consultations faisant intervenir 2 médecins

Les praticiens agissant à titre de consultants ne peuvent porter sur les feuilles de maladie les cotations prévues ci-dessous qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :

- ne se rendre au domicile du malade ou ne le recevoir à leur cabinet qu'avec le médecin traitant ou à sa demande ;
- ne pas donner au malade des soins continus, mais laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de leurs prescriptions.

A) Consultation entre 2 omnipraticiens.

- Visite en consultation avec un confrère (pour chacun des deux médecins) : V x 1,5
- Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux médecins :
 - pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C x 1,5
 - pour le second médecin : V x 1,5

B) Consultation des médecins spécialistes, neuropsychiatres, psychiatres ou neurologues qualifiés avec un confrère.

- visite en consultation avec un confrère : Vs x 1 ou VNPSY x 1
- Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux médecins :
 - pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : Cs x 1 ou CNPSY x 1
 - pour le second médecin : Vs x 1 ou VNPSY x 1

C) Médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, agissant à titre de consultants.

- consultation au cabinet du praticien : C 2
- Visite au domicile du malade : V 2

D) Professeurs des universités affectés dans une UER médicale, médecins, chirurgiens et spécialistes des centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers universitaires, agissant à titre de consultants.

- consultation (comprenant les actes de diagnostic courant) : C 3
- visite au domicile du malade (comprenant les actes de diagnostic courant) : V 3

E) Choix éventuel de la cotation.

Les coefficients 2 et 3, prévus aux paragraphes C et D, ci-dessus, s'appliquent à la valeur de la lettre-clé C, même si le médecin (ancien interne, professeur de faculté ou médecin des hôpitaux) est spécialiste qualifié. Toutefois, dans ce cas, le praticien intéressé a la faculté de noter sa lettre-clé propre affectée du coefficient 1 lorsque cette manière de procéder lui est plus favorable (1).

(1) exemple : Un Professeur de faculté, spécialiste qualifié en cardiologie, agissant à titre de consultant, choisira la cotation C 3 plus favorable que la cotation Cs.

Par contre, un ancien interne des hôpitaux, neuropsychiatre qualifié, agissant à titre de consultant, choisira la cotation CNPSY, plus favorable que C 2.

Article 19. - Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

Lorsque le praticien traitant assiste à une intervention chirurgicale, il a droit (qu'il participe ou non à cette intervention) à un honoraire égal à :

K 10 pour les actes dont le coefficient est compris entre KC ou KCC 50 et KC ou KCC 79 inclus ;

K 15 pour les interventions à partir de KC ou KCC 80.

À cet honoraire s'ajoute éventuellement une indemnité de déplacement établie dans les conditions ci-après :

- dans l'agglomération : V- C plus ISD, s'il y a lieu ;

- hors agglomération : indemnité horokilométrique suivant les dispositions de l' article 13, paragraphe C, la distance retenue pour le calcul de cette indemnité ne pouvant toutefois excéder celle qui sépare le domicile du praticien traitant de celui du chirurgien de même spécialité le plus proche.

Les dispositions du présent article s'appliquent lorsque le médecin traitant assiste à une intervention de curiethérapie pratiquée en salle d'opération.

Pour être honoré, le praticien traitant qui assiste à une intervention doit signer le protocole établi après chaque opération chirurgicale, conformément aux dispositions du décret n° 56 - 284 du 09-03-1956 complétant le décret n° 46 - 1834 du 20-08-1946 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

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

Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K, KC ou KCC.

D' autre part sont compris dans l' honoraire de surveillance les injections sous-cutanée, intradermique, intraveineuse, intramusculaire ou autres actes figurant au titre XVI.

Ces honoraires de surveillance ne peuvent être perçus que par un seul praticien par jour et par malade examiné.

a) Clinique médicale, par jour et par malade examiné :

- C x 0,80 du 1° au 20° jour ;
- C x 0,40 du 21° au 60° jour ;
- C x 0,20 par la suite.

Ces honoraires forfaitaires de surveillance ne sont accordés que dans la mesure où le nombre de médecins de l'établissement assurant la surveillance constante dans cet établissement est au moins de un médecin pour trente malades.

b) Clinique chirurgicale :

1. Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les 20 jours suivant l'intervention.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 20 jours, l'honoraire de surveillance est fixé à :

- C x 0,20 par jour et par malade examiné.

2. Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15, l'honoraire est fixé à :

- C x 0,20 par jour et par malade examiné.

3. Dans le cas où le malade ayant été mis en observation dans une clinique chirurgicale n'a pas subi d'intervention, les honoraires de surveillance sont fixés par jour et par malade examiné à :

- du 1° au 20° jour :
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;
 - C x 0,40 par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux.
- au-delà du 20° jour : C x 0,20.

c) Clinique obstétricale :

Dans le cas où l'état pathologique de la patiente impose une hospitalisation au cours de la grossesse, y compris pendant la période qui précède l'accouchement, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

Du premier au vingtième jour :

- C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin;
- C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.

Au-delà du vingtième jour :

C x 0,20

La cotation de l'accouchement comprenant les soins consécutifs pendant le séjour en maternité, dans la limite de sept jours, dans les cas exceptionnels où l'état pathologique impose la prolongation de l'hospitalisation, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

Du huitième au vingtième jour :

- C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin;
- C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.

Au-delà du vingtième jour :
C x 0,20.

d) Maisons de santé pour maladies mentales :

Par jour et par malade examiné, l'honoraire de surveillance médicale est de C x 1 à condition que le nombre de médecins de l'établissement qualifiés en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, assurant la surveillance constante dans cet établissement soit au moins d'un médecin pour 30 malades, étant entendu qu'un même spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de 30 malades au cours d'une même journée.

Lorsque, par suite d'accords particuliers, la surveillance médicale est prise en compte lors de la détermination du prix de journée, le bénéfice de ces accords ne peut se cumuler avec celui des honoraires prévus ci-dessus.

e) Maisons de repos et de convalescence :

C x 0,80 par malade examiné et par semaine, sauf accords particuliers conduisant à la prise en compte de cette surveillance lors de la détermination du prix de journée.

Article 21. - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement

La cotation des actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK est affectée d'un coefficient égal à 0,80.

Les dispositions relatives à la lettre-clé AMK s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article L. 162.32 du Code de la Sécurité Sociale.

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

1. Les actes d'anesthésie-réanimation donnent lieu à la participation des caisses d'assurance maladie à la condition que l'anesthésie soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que celui effectuant l'acte qui la nécessite.

2. Le coefficient de chaque acte couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous les actes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation (par exemple : intubation trachéale, perfusion sanguine ou médicamenteuse, surveillance de la tension artérielle, etc.) pendant la journée de l'opération et pendant l'acte lui-même.

Le coefficient couvre également les soins pré-opératoires la veille de l'intervention, la surveillance post-opératoire et les actes liés aux techniques de la réanimation :

- en cas d'hospitalisation, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le quinzième jour, si le médecin qui a effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre médecin, ce dernier pourra recevoir des honoraires ;

- en cas d'intervention sans hospitalisation, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, si le médecin qui a effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre médecin, ce dernier pourra recevoir des honoraires.

3. Les actes d'anesthésie-réanimation ont leur cotation indiquée sur la nomenclature en regard de l'intervention qu'ils accompagnent.

Les actes d'anesthésie-réanimation qui accompagnent les actes de diagnostic ou de traitement qui, sur la nomenclature ne comportent pas en regard la cotation propre à l'acte d'anesthésie sont cotés K 25.

Les actes d'anesthésie-réanimation qui accompagnent un acte de diagnostic ou de traitement qui ne figurent pas à la nomenclature et dont la cotation est fixée par application de l'article 4 sont cotés par application de ce même article.

4. Les actes d'anesthésie faisant l'objet d'une cotation par ailleurs, par exemple les infiltrations locales ou sous-cutanées ou sous-muqueuses, doivent être affectés de cette seule cotation.

5. Les anesthésies pratiquées sur des enfants de moins de quatre ans ou sur des adultes de plus de quatre-vingts ans donnent lieu à une majoration d'honoraires de K 10.

6. Un anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois, en vue d'une intervention, un malade 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.

Toutefois, l'anesthésiste-réanimateur ne peut noter qu'une seule Cs avant une hospitalisation ou au cours de celle-ci.

Cette Cs ne peut se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte en K autre que le forfait d'anesthésie.

Elle doit s'accompagner d'un compte rendu qui pourra être adressé au médecin-conseil à sa demande.

7. Lorsqu'un acte de diagnostic ou de traitement comporte une majoration ou une réduction de sa cotation initiale pour le praticien qui l'effectue, cette majoration ou cette réduction est applicable à l'acte d'anesthésie-réanimation qui l'accompagne.

8. Les actes d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte non justifié par un état pathologique ne font pas l'objet de remboursement.

9. Les actes d'anesthésie-réanimation qui accompagnent un acte de curiethérapie sont cotés, en cas d'intervention sur la tête ou le cou, K 30.

10. Lorsque, au cours d'un accouchement, l'obstétricien fait appel à un anesthésiste-réanimateur qui n'exécute aucun acte en K, ce dernier a droit à un honoraire égal à K 10 pour la surveillance de la parturiente.

11. L'anesthésie générale et/ou locorégionale pour accouchement par voie basse ou pour césarienne programmée ou non est cotée **KC 50 + KFC**. Les actes d'anesthésie réalisés uniquement pour extraction instrumentale de l'enfant, délivrance artificielle, révision utérine et périnéorraphie sont cotés **K 25**. (**Mesure applicable à compter du 01-07-2002**)

Une anesthésie péridurale continue avec mise en place d'un cathéter permanent pour traitement de douleurs rebelles en dehors de toute intervention est cotée KC 40 pour une période maximale de cinq jours (1).

(1) "Compte tenu des dispositions précédentes, tous les actes d'anesthésie-réanimation qui ont leur cotation indiquée sur la nomenclature, en regard de l'intervention qu'ils accompagnent, et dont le coefficient est inférieur à 25 sont annulés et remplacés par ce dernier coefficient."(Arrêté du 10-12-1982, art 1er).

12. les actes d'anesthésie-réanimation de coefficient au moins égal à 35, majoration mentionnée au 5° ci dessus incluse, sont cotés en KC.

Article 23.- Dispositions particulières aux actes de chirurgie

(Arrêté du 28-11-1994 - JO du 07-12-1994) : dispositions fixées à titre transitoire dans l'attente d'une refonte générale des dispositions de la NGAP relative à la chirurgie.

Par dérogation aux dispositions de l'article 2, il est prévu, pour les actes de chirurgie figurant à l'annexe ci-après, un forfait dont la valeur en unité monétaire est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Ce forfait est différent selon que le coefficient affecté à l'acte est soit au plus égal, soit supérieur à 120. Il est désigné par l'indicateur KFA pour les actes de coefficient au plus égal à 120 et par l'indicateur KFB pour les actes de coefficient supérieur à 120.

Par dérogation aux dispositions de l'article 11 B, lorsque au cours d'une même séance plusieurs actes figurant à l'annexe ci-après sont effectués sur un même patient par le même praticien, ce forfait ne s'applique que pour l'acte du coefficient le plus important.

ANNEXE À L'ARTICLE 23 DES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DE LA NOMENCLATURE GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS

(Arrêté du 28-11-1994 - JO du 07-12-1994 modifié par l'arrêté du 30-05-1997 - JO du 01-06-1997)

TITRE I ACTES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

CHAPITRE 1er Fractures

Article 3

Traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente, avec ou sans ostéosynthèse et quelle qu'en soit la technique

1° Membre supérieur

Lésion traumatique des deux os de l'avant-bras.
Humérus:

Diaphyse, extrémité supérieure ou supracondylienne;
Fracture articulaire de l'extrémité supérieure ou inférieure:
- unifragmentaire;
- multifragmentaire.

2° Membre inférieur

Rotule.
Astragale, calcaneum, fracture bimalléolaire, tibia ou tibia et péroné.
Fémur:
Fracture parcellaire extra-articulaire;
Diaphyse;
Fracture de l'extrémité supérieure uni ou multifragmentaire;
Fracture de l'extrémité inférieure:
- unifragmentaire;
- multifragmentaire.
Bassin:
Fracture du rebord cotyloïdien;
Fractures transcotyloïdiennes:
- un pilier;
- deux piliers avec deux voies d'abord différentes.

CHAPITRE II Luxations

Article 4

Traitement sanglant d'une luxation récidivante quelle qu'en soit la technique

Épaule.
Rotule.
Autres articulations.

TITRE II ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL

CHAPITRE I Peau et tissu cellulaire sous-cutané

Greffe dermo-épidermique sur une surface de 50 à 200 cm².
Greffes libres de peau totale (y compris le recouvrement de la région donneuse, quelle que soit la surface).

CHAPITRE II
Muscles, tendons, synoviales
(à l'exclusion de la main)

Réparation primitive d'une lésion tendineuse, y compris le traitement de la plaie superficielle ainsi que le prélèvement éventuel d'un greffon, à l'exception d'une plaie vaste ou complexe:

- trois tendons ou plus.

Réparation secondaire d'une lésion tendineuse, allongement, raccourcissement ou transplantation, y compris le prélèvement éventuel d'un greffon:

- un seul tendon;

- deux tendons;

- trois tendons ou plus.

CHAPITRE IV
Articulations

Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions articulaires septiques ou aseptiques, quelle que soit la technique:

Épaule, genou à l'exclusion de la ménisectomie;

Hanche, bassin.

Réintervention pour ablation de prothèse articulaire:

Hanche;

Autres articulations, à l'exclusion de la main et des orteils.

CHAPITRE V
Vaisseaux

Section II
Artères et veines

Article 2
Actes de chirurgie

Traitement chirurgical des anévrismes artériels ou artérioveineux en dehors de la suture, et sans rétablissement de la continuité artérielle:

2° Vaisseaux principaux du cou, de la face et de la fesse;

3° Vaisseaux principaux abdomino-pelviens.

Mise en place d'un tube aorto-aortique;

Pontage aorto-biiliaque;

Pontage aorto ou ilio-fémoral;

Pontage fémoro-jambier en veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux);

Pontage séquentiel fémoro-poplité et sous-poplité composite avec prothèse et veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux).

Section III
Système lymphatique

Grand évidement jugulo-maxillaire, carotidien, sous-maxillaire et sus-claviculaire en un temps.

CHAPITRE VI
Nerfs

2° Interventions

Suture nerveuse primitive.

Suture nerveuse secondaire.

Ablation de tumeur nerveuse avec suture (membre ou autre région).

Greffe nerveuse en un ou deux temps.

TITRE III
ACTES PORTANT SUR LA TÊTE

CHAPITRE II
Orbite, oeil

Article 10
Opérations sur les muscles de l'oeil

Traitement du strabisme:

- sur un oeil;

- sur les deux yeux.

CHAPITRE III
Oreille

Article 3
Oreille moyenne

Mastoïdectomie.

Évidement pétro-mastoïdien.

Fenestration, trépanation labyrinthique, platinectomie totale ou partielle reconstructive.

Article 4
Nerf facial

Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par décompression intrapétreuse.
Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par greffe intrapétreuse.

CHAPITRE V
Bouche, pharynx
(parties molles)

Article 5
Glandes salivaires

Ablation d'une lésion de la grande parotide:
- sans dissection du nerf facial;
- avec dissection du nerf facial.

Article 6
Traitement de tumeurs diverses

Parotidectomie totale sans conservation du facial et curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire.

CHAPITRE VI
Maxillaires

Article 1er
Fractures

Traitement sanglant complet par ostéosynthèse des fractures maxillaires, de l'os malaire ou du zygoma, quelle que soit le forme anatomique (contention comprise).

Article 3
Malformations et tumeurs

Ostéotomie segmentaire pour prognathie ou rétrognathie supérieure.
Ostéotomie totale pour prognathie ou rétrognathie supérieure (greffe osseuse comprise).
Traitement chirurgical de la prognathie ou rétrognathie inférieure par ostéotomie bilatérale:
- par voie exobuccale;
- par voie endobuccale.

TITRE IV
ACTES PORTANT SUR LE COU

CHAPITRE II

Larynx

Article 1er

Actes de diagnostic et chirurgicaux

Laryngectomie totale ou sus-glottique.
Pharyngolaryngectomie avec curage ganglionnaire.

CHAPITRE III

Corps thyroïde

Hémithyroïdectomie totale.
Thyroïdectomie totale
Thyroïdectomie totale avec évidement ganglionnaire.
Parathyroïdectomie unilatérale.

TITRE V

ACTES PORTANT SUR LE RACHIS OU LA MOELLE ÉPINIÈRE

Article 1er

Traitement neurochirurgical des affections intrarachidiennes

5° Lésions disco-vertébrales dégénératives (quel que soit le nombre d'étages contigus traités)
Hernie discale lombaire (traitement chirurgical).

TITRE VII

ACTES PORTANT SUR LE THORAX

CHAPITRE 1er

Sein

Mastectomie partielle ou totale avec curage axillaire.

CHAPITRE III

Plèvre, poumons

Article 2

Actes de chirurgie

Décortication pleurale.
Ablation d'un segment ou d'un poumon.
Ablation d'un ou plusieurs lobes ou de plusieurs segments dans des lobes différents.
Traitement en un temps par une seule voie d'abord de lésions dans les deux poumons.
Traitement par exérèse simultanée de lésions septiques pulmonaires et pleurales avec décortication.
Pneumonectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal.
Lobectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal.

CHAPITRE IV Médiastin

Réparation par suture, anastomose, plastie ou greffe d'une bronche ou de la trachée.
Résection anastomose de la trachée avec mobilisation de la masse viscérale endothoracique.
Résection segmentaire ou totale de l'oesophage avec rétablissement immédiat de la continuité, oesophagoplastie intra ou extra-thoracique en un ou plusieurs temps.
Traitement de l'atrésie oesophagienne chez le nouveau-né.
Traitement de hernie ou éventration diaphragmatique par voie thoracique ou thoraco-abdominale.

TITRE VIII ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN

CHAPITRE II Paroi abdominale, grande cavité péritonéale

Traitement chirurgical d'une hernie de l'aîne (inguinale, crurale ou inguino-crutale), étranglée ou non, à ciel ouvert ;
Traitement chirurgical d'une hernie de l'aîne (inguinale, crurale ou inguino-crutale), étranglée ou non, par voie coelioscopique ;
Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aîne, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord ;
Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aîne, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord ;
Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie ;
Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie ;
Traitement chirurgical d'une hernie étranglée ou d'une éventration étranglée avec résection intestinale ;
Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales, à ciel ouvert ;
Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales, par voie coelioscopique ;
Laparotomie d'urgence pour hémorragie, occlusion, torsion, plaie ou contusion, perforation autre que celle de l'appendice, etc.

CHAPITRE III Estomac et intestin

Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux ou d'autres lésions de l'estomac par gastrectomie des deux tiers; vagotomie accompagnée de pyloroplastie, de gastro-entérostomie ou d'antrectomie.

Gastrectomie totale.

Gastrectomie élargie, avec splénectomie ou pancréatectomie partielle.

Intervention itérative sur l'estomac comportant dégastroentérostomie plus gastrectomie.

Traitement chirurgical des fistules cutanées des viscères creux.

Résection segmentaire du grêle.

Appendicectomie à ciel ouvert ;

Appendicectomie par voie coelioscopique ou coelioassistée.

CHAPITRE IV

Foie, voies biliaires, pancréas

Cholécotomie ou hépaticotomie avec ou sans cholécystectomie.

Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de sa continuité.

Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale.

Anastomose bilio-digestive sur un canal biliaire hilaire ou intrahépatique, y compris les anastomoses viscérales complémentaires.

Chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de Vater.

Traitement par laparotomie des kystes hydatiques du foie.

Traitement des lésions étendues, complexes ou multiples du foie nécessitant une thoracophréno-laparotomie.

Résection segmentaire du foie.

Hépatectomie réglée.

Traitement des lésions localisées, enkystées ou fistulisées du pancréas.

Duodéno-pancréatectomie (y compris les anastomoses viscérales nécessaires).

CHAPITRE V

Rate, surrénales

Traitement chirurgical des lésions de la rate.

Surrénalectomie avec ou sans résection nerveuse, avec ou décapsulation rénale, en dehors de la néphrectomie.

CHAPITRE VI

Rectum et anus

Traitement des anomalies congénitales de l'abouchement rectal:

- par voie basse;

- par voie haute ou combinée.

Traitement chirurgical du mégacolon par résection colique avec abaissement du bout proximal par voie périnéale ou transanale.

Amputation ou résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, y compris l'ablation des mésos ou des relais ganglionnaires, colostomie incluse.

Résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, avec rétablissement de la continuité, colostomie de décharge éventuelle incluse.

Résection du rectum par voie périnéale ou sacrée.

Rétablissement de la continuité après une intervention antérieure ayant comporté une résection recto-colique ou colique large.

Traitement des lésions traumatiques complexes du périnée.

TITRE IX

APPAREIL URINAIRE

CHAPITRE I

Endoscopie

Résection endoscopique du col vésical, d'un adénome périurétral ou d'un néoplasme prostatique (ligature éventuelle des canaux déférents comprise).

Extraction des calculs par la voie naturelle à l'aide d'un urétéronéphroscope:

Intervention intéressant les uretères;

Intervention au niveau du bassinet et des calices.

CHAPITRE III

Reins

Néphrectomie.

Néphrectomie partielle, néphrectomie secondaire ou élargie.

Néphrectomie par voie thoraco-phréno-abdominale ou néphro-urétérectomie totale.

Pyélotomie itérative, ou opération plastique sur le bassinet et la jonction pyélo-urétérale avec ou sans néphrostomie.

Néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie.

CHAPITRE IV

Uretère

Urétérotomie lombaire, urétérolyse.

Urétérotomie pelvienne, urétérectomie secondaire totale.

Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux, implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé.

Urétérostomie cutanée transintestinale.

CHAPITRE V

Vessie

Cystectomie totale:

Avec abouchement des uretères à la peau;

Avec réimplantation des uretères dans l'intestin.

Cystectomie totale avec remplacement par greffon intestinal.

Cure opératoire des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines ou vésico-rectales, quelles que soient leur taille et la technique.

Traitement chirurgical de l'incontinence chez la femme ou chez l'homme, quelle que soit la technique.

Entérocystoplastie ou urétéro-entérocystoplastie.

TITRE X

ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

CHAPITRE I

Verge

Traitement de l'hypospadias balanique.

Traitement de l'hypospadias périnéal ou pénien.

Traitement de l'épispadias.

CHAPITRE II

Prostate et vésicules séminales

Prostatectomie pour adénome en un seul temps, quel que soit le mode opératoire (ligature éventuelle des déférents comprise).

Prostato-vésiculectomie totale, avec suture uréthro-vésicale et curage ganglionnaire ilio-pelvien bilatéral (ligature des déférents comprise).

CHAPITRE III

Bourses

Castration avec ablation des relais lymphoganglionnaires abdominaux du testicule.

TITRE XI

ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

CHAPITRE I

En dehors de la gestation

Article 1er

Interventions par voie basse

2° Gynécologie chirurgicale

Hystérectomie vaginale.

Ablation d'un cancer du clitoris, de la vulve ou du vagin:

Sans curage ganglionnaire;

Avec curage ganglionnaire unilatéral;

Avec curage ganglionnaire bilatéral.

3° Chirurgie des prolapsus

Toutes opérations pour prolapsus, portant sur le vagin, le périnée antérieur et postérieur, l'urètre, les organes pelviens.

Article 2

Interventions par voie haute

Hystérectomie, quelle que soit la technique.

Hystérectomie élargie pour lésions malignes, y compris cellulo-adénectomie.

Colpohystérectomie élargie avec cystectomie.

Éviscération pelvienne totale élargie avec ou sans périnéectomie.

Article 3

Intervention par voies haute et basse combinées

Interventions pour prolapsus.

TITRE XII

ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

CHAPITRE II

Pied

Article 1er

Chirurgie de l'avant-pied

Ostéotomie ou résection osseuse métatarsienne avec rétablissement de la continuité:

Deux rayons;

Trois rayons.

Arthroplastie métatarso-phalangienne par résection épiphysaire avec interposition ostéo-cartilagineuse ou prothèse:

Un seul rayon;

Deux rayons;

Trois rayons et plus.

Interventions portant sur les tendons, dans le cadre de la chirurgie de l'avant-pied:
Trois tendons et plus.

Article 2
Autres actes portant sur le pied

Suture d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien, pour rupture traumatique récente.
Plastie d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien, quelle que soit la technique.

Article 24. - Dispositions particulières relatives au forfait d'accouchement, lorsque celui-ci est réalisé par le médecin.

Par dérogation aux dispositions de l'article 2, il est prévu, en l'absence de la sage-femme libérale, en sus du forfait d'accouchement dû au médecin qui réalise l'acte d'accouchement et, le cas échéant, pour l'acte d'anesthésie-réanimation qui lui correspond, une majoration dénommée **KFC**, indexée sur la valeur de la lettre clé KC.

Le montant de cette majoration KFC est porté à KC 50 selon les modalités et l'échéancier suivants :

KFC	au 01-07-2002	au 01-01-2003
Accouchement simple et gémellaire	KC 35	KC 50
Anesthésie obstétricale mentionnée à la première phrase de l'article 22-11° ci-dessus	KC 20	KC 50

Article 25. - Forfait pour macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif...), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage échographique ou radiologique.

Par dérogation aux dispositions de l'article 2, il est prévu pour les deux actes ci-dessus un forfait KFD dont la valeur en unité monétaire est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Ce forfait rémunère l'ensemble du matériel nécessaire à la réalisation des actes, y compris les éventuels clips de repérage.

Article 26. - Majoration transitoire pour certaines spécialités (arrêté du **01-10-2004 - JO du 02-10-2004** : en vigueur au **01-10-2004** et applicable jusqu'au **31-12-2004**)

Par dérogation aux dispositions de l'article 2 et à celles de l'article 22-7 des présentes dispositions générales, il est prévu, pour les actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd, mentionnés par l'arrêté du [30-03-1998](#), et effectués par les spécialités mentionnées ci-dessous, une majoration transitoire, désignée par l'indicateur MTC, en sus de la cotation de ces actes. Le montant de cette majoration transitoire est égal à 12,5 % de la cotation de ces actes, soit 0,26 euro multiplié par le coefficient de cotation.

Les spécialités concernées par la disposition ci-dessus sont les suivantes : chirurgie générale, digestive, orthopédie-traumatologie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale. (VOIR LETTRE-CLÉ MTC)

DEUXIÈME PARTIE NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX N'UTILISANT PAS LES RADIATIONS IONISANTES

L' introduction de la lettre clé KC dans la nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes (2° partie de la Nomenclature générale des actes professionnels) résulte de l'application de l'arrêté du [26-04-1984](#) (JO. [27-04-1984](#)).

TITRE PREMIER ACTES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

CHAPITRE I. - FRACTURES

Les cotations comprennent la réalisation de l'immobilisation ou de l'appareillage post-opératoire éventuel.

Des clichés radiographiques pris avant et après le traitement doivent être fournis.

Article premier. - Traitement orthopédique y compris l'immobilisation d'une fracture fermée simple ne nécessitant pas de réduction

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Main, poignet, avant-bras, clavicule, pied, cou-de-pied	10	KC		
Coude, bras, épaule, genou, jambe	20	KC		
Rachis, hanche, cuisse	30	KC		

Article 2. - Traitement orthopédique complet, qu'elle qu'en soit la technique, d'une fracture fermée nécessitant une réduction avec anesthésie ou une extension continue

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Membre supérieur :				
Main, styloïdes radiale ou cubitale	20	KC		
Un os de l'avant-bras : extrémité inférieure (avec ou sans fracture associée de l'autre styloïde), diaphyse ou extrémité supérieure	40	KC		
Fracture des deux os de l'avant-bras, ou fracture de l'un et luxation de l'autre	60	KC		
Humérus	40	KC		
Clavicule	20	KC		
2° Membre inférieur :				
Avant-pied, tarse antérieur	20	KC		
Astragale - calcanéum	30	KC		
Une malléole	20	KC		
Deux malléoles	50	KC		
Jambe	50	KC		
Fémur	80	KC	30	
3° Cou - Tronc				
Rachis	50	KC		
Fractures articulaires de la hanche	40	KC		
Fractures à grand déplacement du cotyle ou du bassin avec réduction sous anesthésie générale	50	KC		
Autres fractures du bassin	20	KC		

Article 3. - Traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente, avec ou sans ostéosynthèse et quelle qu'en soit la technique

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Membre supérieur :				
Une phalange ou un métacarpien	30	KCC		
Deux phalanges ou deux métacarpiens	40	KCC		
Trois phalanges ou trois métacarpiens	50	KCC		

Scaphoïde-radius	60	KCC		
Autres os du carpe - cubitus	50	KCC		
Lésion traumatique des deux os de l'avant-bras	100	KCC	30	
Humérus:				
- fracture parcellaire extra-articulaire	40	KCC		
- diaphyse, extrémité supérieure ou supracondylienne	80	KCC	30	
- fracture articulaire de l' extrémité supérieure ou inférieure :				
• unifragmentaire	100	KCC	35	
• multifragmentaire	120	KCC	35	
Clavicule :				
- avec plaque	40	KCC		
- autres techniques	20	KCC		
Omoplate	50	KCC		
2° Membre inférieur :				
Phalange	10	KCC		
Avant-pied, tarse antérieur, une malléole	50	KCC		
Astragale, calcaneum, fracture bimalléolaire, tibia ou tibia et péroné	80	KCC	35	
Fracture articulaire de l'extrémité supérieure ou inférieure du tibia				
- unifragmentaire	80	KCC	35	
- multifragmentaire	100	KCC	35	
Rotule	50	KCC		
Fémur :				
- fracture parcellaire extra-articulaire	80	KCC	60	
- diaphyse	120	KCC	60	
- fracture de l'extrémité supérieure uni ou multifragmentaire	150	KCC	60	
- fracture de l'extrémité inférieure :				
• unifragmentaire	150	KCC	60	
• multifragmentaire	180	KCC	60	
Bassin :				
- fractures parcellaires	40	KCC		
- fractures du rebord cotyloïdien	120	KCC	50	
- fractures transcotyloïdiennes :				
• 1 pilier	150	KCC	60	
• 2 piliers avec deux voies d' abord différentes	220	KCC	95	

Article 4. - Traitement sanglant d'une fracture ouverte récente

1° Parage de la plaie + traitement orthopédique : KCC = 20 % en plus du KC correspondant à la même fracture fermée traitée orthopédiquement.

2° Parage de la plaie + ostéosynthèse : KCC = 20 % en plus du KC correspondant à la même fracture fermée traitée par voie sanglante.

Article 5. - Traitement sanglant des pseudarthroses, ou des cals vicieux nécessitant ostéotomie avec interruption de la continuité osseuse

(Voir article 3 avec 50 % de supplément, quelle que soit la fracture.)

Article 6. - Répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation

(Voir titre II, chap. IV.)

CHAPITRE II. - LUXATIONS

Des clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis.

Article premier. - Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Main, poignet, coude, épaule, pied, cou-de-pied, genou, disjonction sacro-iliaque ou pubienne	15	KC		
Hanche	40	KC		
Rachis	60	KC		

Article 2. - Réduction et contention d'une luxation récente par méthode sanglante

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Doigts autres que le pouce	30	KCC		
Orteils	15	KCC		

Pouce, clavicule	60	KCC		
Carpe, poignet, cou-de-pied	60	KCC	30	
Coude, épaule, rotule, genou	80	KCC	30	
Hanche	100	KCC	40	
Bassin (disjonction pubienne)	80	KCC	30	

Article 3. - Réduction et contention d'une luxation ancienne par la méthode sanglante

KCC : Voir chiffres de l'article 2 et leur ajouter 50 % pour coude, épaule, cou-de-pied, genou, hanche.

Article 4. - Traitement sanglant d'une luxation récidivante, quelle qu'en soit la technique

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Épaule	100	KCC	40	
Rotule	80	KCC	30	
Autres articulations	60	KCC		

Article 5. - Lésion associant la luxation et la fracture d'une épiphyse (KCC en cas de traitement par voie sanglante)

Seule est remboursée l'intervention dont le coefficient est le plus élevé ; exceptionnellement, si la fracture comporte une ostéosynthèse, cette seconde intervention est remboursée en plus avec un abattement de 50 %.

Article 6. - Luxation ouverte

Le coefficient applicable est celui indiqué à l' article 2 ; il est majoré de 20 % si les lésions des parties molles n'atteignent pas les tendons, les troncs nerveux, ni les artères principales des membres; si la réparation des lésions comporte une suture tendineuse ou nerveuse, la ligature ou la reconstitution du tronc artériel principal d'un membre, les coefficients correspondants s'ajoutent à celui de la luxation, sous réserve des dispositions de l' article 11, paragraphe B.

CHAPITRE III. - PLAIES RÉCENTES OU ANCIENNES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
-----------------------	------	-----	-----	----

Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles	5	KC		
Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie des parties molles, profonde et étendue, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse	20	KC		
Le traitement d'une plaie vaste ou complexe des membres ou des parois thoraco-abdominales entraînant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses et des sutures nerveuses des troncs principaux, est coté de la façon suivante :				
- pour la régularisation, épluchage et suture éventuelle des plans superficiels	40	KCC		
- pour les actes chirurgicaux nécessités par le traitement des lésions des viscères, des artères ou des nerfs, voir les chapitres appropriés.				
Évacuation chirurgicale et drainage des épanchements séro-hématiques des membres avec décollement cutané étendu	40	KCC		
Nettoyage ou pansement d'une brûlure :				
- surface au-dessous de 10 cm ²	8	KC		
- surface inférieure à 10 % de la surface du corps	15	KC		
- surface entre 10 et 20 %	40	KCC		
- surface supérieure à 20 %	60	KCC	30	
Nota. - En cas de brûlures multiples, il convient de considérer les surfaces additionnées.				
Ces chiffres sont à majorer de 50 % s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains.				
Extraction de corps étrangers profonds des parties molles	20	KC		

CHAPITRE IV. - LÉSIONS DIVERSES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique	10,5			

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

I. - MICROCHIRURGIE RÉPARATRICE des MEMBRES

RÉIMPLANTATION ou AUTOTRANSPLANTATION MICROCHIRURGICALE d'un MEMBRE, d'un SEGMENT de MEMBRE, d'un DOIGT ou d'un ORTEIL quel que soit le nombre de micro-anastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées :

Cotation : **353 KCC** par assimilation à

"pollicisation d'un doigt" : 180 KCC 50

(Titre VI de la NGAP)

+

"rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique" : 3/4 x 150 KCC 70

(Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 2)

+

"greffe nerveuse en un ou deux temps" : 1/2 x 120 KCC 60

(Titre II - Chapitre VI)

soit au total :

- pour le chirurgien : 180 KCC + 113 KCC + 60 KCC = 353 KCC,

- pour l'anesthésiste : 52,5 KC + 50 KC + 30 KC = 132,5 KC (**Remarque ENSM n° 1261 / 2000 du 16-05-2000 : Il est possible d'accepter la cotation ARE KC 140 suivant les dispositions de l'article 11 B qui stipule que l'acte le plus important est mis en avant soit : 70 KC + 3/4 KC 60 + 1/2 KC 50**)

AUTOTRANSPLANTATION MICRO-CHIRURGICALE LIBRE de PEAU et de MUSCLE et/ou d' OS quel que soit le nombre de micro-anastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées:

Cotation : 290 KCC par assimilation à :

"rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique, en cas de suppression définitive du tronc vasculaire principal, endartériectomie: 150 KCC 70", (Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 2)

+

"greffe nerveuse en un ou deux temps : 120 KCC 60",

(Titre II - Chapitre VI)

+

"autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, quelle que soit la surface : 100 KCC 25",

(Titre II - Chapitre I)

soit au total :

- pour le chirurgien : 150 KCC + (3/4 x 120 KCC) + (1/2 x 100 KCC) = 290 KCC,

- pour l'anesthésiste : KC 70 + (3/4 x KC 60) + K 25 = 127,5 KC.

Les autoplasties par lambeau musculo-cutané sont cotées KCC 150 depuis la lettre circulaire n° 4406 du 08-06-1984.

(DNA n° 7869 / 84 du 11-12-1984 n° 23 / 84)

TITRE II. - ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL

(Les cotations comprennent le pansement, l'immobilisation ou l'appareillage post-opératoire éventuel.)

CHAPITRE I. - PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Injection sous-cutanée, intradermique	1			
Traitement par acupuncture comportant l'ensemble des recherches diagnostiques et la thérapeutique par application d'aiguilles et/ou de tout autre procédé de stimulation des points d'acupuncture,				
- Par séance, pour les trois premières	6			
- Pour les suivantes, dans un délai de six mois à compter du début du traitement et quelle que soit l'affection traitée	5			
Traitement d'hyposensibilisation spécifique comportant injection d'un ou plusieurs allergènes par séries d'un maximum de 20 séances éventuellement renouvelables, par séance	3			
Désensibilisation par scarification dans les allergies polliniques	4			
Inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en scarification ou par tests épicutanés, avec compte rendu (maximum 3 séances)	10			
Inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en injections intradermiques, avec compte rendu (maximum 3 séances)	15			
L'emploi dans une même séance des deux méthodes de tests ci-dessus ne peut donner lieu au cumul de leur cotation.				
Inclusion ou implant de pastilles d'hormones amniotiques ou placentaires sous la peau	5			
- Les mêmes implants sous une muqueuse	20			
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			
Suture secondaire d'une plaie après avivement	10	KC		
Greffe dermo-épidermique sur une surface de :				
- au-dessous de 10 cm ²	15	KC		

- de 10 cm ² à 50 cm ²	30	KCC		
- de 50 cm ² à 200 cm ²	50	KCC	30	
- au-dessus de 200 cm ² , par multiple de 200 cm ² , en supplément	20	KCC	10	
Excision d'une cicatrice vicieuse suivie de suture	20	KC		
Excision des hygromas	15	KC		
Excision d'un anthrax	10	KC		
Ponction d'abcès ou de ganglion	3			
Incision ou drainage d'une collection isolée ou associée superficielle peu volumineuse avec ou sans anesthésie	5	KC		
Incision d'une collection volumineuse de toute cause sous anesthésie générale	20	KCC		
Greffes libres de peau totale (y compris le recouvrement de la partie donneuse, quelle que soit la surface)	60	KCC	30	
Plastie par lambeau(x) cutané(s), par rotation ou par glissement, y compris le recouvrement de la région donneuse	61	KC	30	
(Le simple décollement des berges de la plaie ne constitue pas un lambeau de glissement)				
Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps	150	KCC		
- 1er temps			30	
- les autres			25	
Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance (les deux temps, y compris le recouvrement de la région donneuse et l'appareil plâtré éventuel), quelle que soit la surface	100	KCC		
- 1er temps			30	
- les autres			25	
Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire (avec maximum KCC 200)	40	KCC		
- 1er temps			30	
- les autres			25	
Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	50	KC		
Ablation d'une tumeur cutanée, suivie de fermeture par autoplastie locale ou par greffe	50	KC		
Nota. - Pour la chirurgie plastique des téguments, de la face, du cou, de la main et des doigts, les				

chiffres précédents sont à augmenter de 50%. En cas d' autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, cette majoration ne porte que sur le dernier temps.				
Mise en place d'une prothèse d'expansion cutanée	60	KCC	30	
Épilooplastie pour comblement d'une vaste perte de substance extra-abdominale, y compris l'autogreffe cutanée éventuellement associée :				
- par lambeau de rotation	150	KCC	90	
- par lambeau libre, y compris les anastomoses	200	KCC	110	
Ablation ou destruction de petites tumeurs bénignes épidermiques, par séance	5			
Ablation ou destruction de tumeurs bénignes cutanées sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle que soit la dimension ou la technique employée	10			
Ablation ou destruction de tumeurs bénignes cutanées, sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle que soit la dimension ou la technique employée sur les parties découvertes de la tête, du cou et des mains	15			
Ablation d'une tumeur nécessitant une anesthésie générale	20	KC		
Ablation d'angiome ou de lymphangiome sous-cutané	15	KC		
Ablation d'angiome ou de lymphangiome volumineux	40	KCC	30	
Extirpation d'un anévrisme cirsoïde	80	KCC	30	
Destruction par méthode chirurgicale de verrue vulgaires unique ou multiples (autres que verrues plantaires, unguéales ou planes):				
- une verrue	8			
- de deux à quatre verrues	10			
- par verrue supplémentaire (au-dessus de 4) détruite au cours de la même séance	1,5			
Destruction par méthode chirurgicale de verrues plantaires en une ou plusieurs séances :				
- unique	10			
- multiple de 2 à 4	15			
- au-delà de 4, par verrue supplémentaire, supplément de 5 avec plafond à 30.				
Destruction par méthode chirurgicale de verrues périunguérales ou de petites tumeurs sous-unguérales (tumeur glomique, botryomycome) uni ou bilatérale nécessitant l'exérèse partielle de l'ongle :				
- en une séance	10			

- en plusieurs séances	20			
Destruction de condylomes acuminés, par séance	10			
Traitement des dermatoses :				
- injection sclérosante pour angiome, cryothérapie, électrocoagulation, ou ces traitements combinés, par séance	6			
- si l'acte est pratiqué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains	8			
Infiltration médicamenteuse intra ou sous-lésionnelle, unique ou multiple, pour traitement d'une affection du derme ou de l'épiderme, par séance	5			
Exérèse de naevi cellulaires :				
- moins de 4 cm ²	20	KC		
- de 4 à 8 cm ²	30	KC		
- plus de 8 cm ²	50	KCC		
La surface à prendre en compte est celle de la lésion				
Exérèse de tumeurs cutanées malignes :				
- moins de 4 cm ²	20	KC		
- de 4 à 8 cm ²	30	KC		
- plus de 8 cm ²	50	KCC		
Épilation électrique, la séance de 20 minutes	8			E
Exérèse ou destruction en masse d'un lupus ou d'une tuberculose verruqueuse, en une ou plusieurs séances :				
- lésion de moins de 4 cm ²	10			
- lésion de 4 cm ² et plus	30			
Application de rayons ultraviolets pour affection dermatologique, par séance	2			E
- si l'étendue de l'affection nécessite deux ou plusieurs champs par séance, la séance	3,5			E
Douche filiforme, par séance	4			
Destruction d'un tatouage post-traumatique:				
- jusqu'à 8 cm ²	10			
- au-dessus de 8 cm ²	20			
- sur la face, augmenter le coefficient donné par la surface de tatouage de	5			
Traitement exfoliant de l'épiderme, par séance	10			E

Le même traitement avec nettoyage de peau et mise à plat des collections suppurées ou kystiques, par séance	15			E
Abrasion des téguments pour lésions cicatricielles au moyen d'une instrumentation rotative ou d'un matériel équivalent, avec un maximum de quatre séances, par séance	15			
Traitement par abrasion des téguments de la totalité du visage pour lésions cicatricielles, effectué en une seule séance sous anesthésie générale	60	KC		
Meulage des ongles au moyen d'une instrumentation rotative ou d'un matériel équivalent, par séance	10			
Traitement chirurgical de l'alopecie du cuir chevelu consécutive à une lésion traumatique, tumorale ou malformative	80	KCC	30	
Traitement des angiomes plans par laser: Seuls sont pris en charge les traitements réalisés, soit avec un laser à colorant pulsé, soit avec un autre type de laser, s'il est couplé à un hexascan. Pour tout patient âgé de plus d'un an, il est nécessaire de respecter un délai de trois mois entre chaque passage sur une même surface. Au-delà de six passages sur la surface totale de l'angiome, le traitement est soumis à la formalité de l'entente préalable.				
Anesthésie-réanimation, par passage, quelle que soit la surface traitée et la technique			25	
Cette cotation couvre l'anesthésie-réanimation pour le traitement, comprenant la cotation de base et la cotation supplémentaire, tel que défini ci-dessous:				
Séance test avec clichés photographiques présentés au contrôle médical sur sa demande	20			
La cotation du traitement est formée de l'addition d'une cotation de base et d'une cotation supplémentaire qui varie suivant le type de laser utilisé.				
Cotation de base:				
Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm ²	18			
Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	6			
Cotation supplémentaire:				
Pour utilisation d'un laser à colorant pulsé:				
- Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm ²	20			
- Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	7			

Pour utilisation d'un autre type de laser, couplé à un hexascan:				
- Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm ²	7			
- Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	2,5			

CHAPITRE II. - MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES (à l'exclusion de la main)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Injection intramusculaire	1			
Ponction d'abcès froid (avec ou sans injection modificatrice) de grand volume (mal de Pott, coxalgie, etc.)	15			
Extirpation d'abcès froid sans lésion osseuse	40	KCC		
Incision d'un abcès intramusculaire	15	KC		
Prélèvement d'un greffon tendineux ou aponévrotique	30	KCC		
Extirpation d'une tumeur musculaire encapsulée	30	KCC		
Extirpation d'une tumeur musculaire non encapsulée :				
- sans envahissement des vaisseaux et des nerfs	60	KCC		
- avec envahissement des vaisseaux et des nerfs	100	KCC	30	
- avec plastie (voir chapitre I).				
Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	40	KCC		
Réparation primitive d'une lésion tendineuse, y compris le traitement de la plaie superficielle ainsi que le prélèvement éventuel d'un greffon à l'exception d'une plaie vaste ou complexe :				
- un seul tendon	30	KCC		
- deux tendons	45	KCC		
- trois tendons ou plus	60	KCC	30	
Ténotomie	15	KC		
Biopsie musculaire	20	KC		
Exérèse de kystes synoviaux	20	KC		

Réparation secondaire d'une lésion tendineuse, allongement, raccourcissement ou transplantation, y compris le prélèvement éventuel d'un greffon :				
- un seul tendon	60	KCC		
- deux tendons	90	KCC	30	
- trois tendons et plus	120	KCC	50	
Exérèse totale d'une ou plusieurs gaines synoviales	100	KCC	35	
Cette cotation n'est cumulable ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé ni avec celle de la libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien, figurant au chapitre VI ci-dessous.				

CHAPITRE III. - OS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Des clichés radiographies pris avant et après intervention doivent être fournis.				
Ponction biopsique osseuse	5			
Mise en place d'une broche pour traction continue, en dehors des lésions traumatiques	5			
Ablation d'une exostose, d'un séquestre	30	KCC		
Ablation de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse : bassin, hanche, fémur, rachis	40	KCC		
- autres localisations	20	KCC		
Trépanation osseuse (pour prélèvement de greffon, biopsie, abcès central, etc.)	50	KCC		
Comblement d'une cavité osseuse	80	KCC		
Ostéotomie ou résection osseuse sans rétablissement de la continuité osseuse ni ostéosynthèse (1)	80	KCC	30	
Ostéotomie ou résection avec rétablissement de la continuité osseuse ou ostéosynthèse (1) :				
- calcanéum	80	KCC	30	
- fémur	150	KCC	60	
- autres os	120	KCC	60	
Ostéotomie uni ou bilatérale du bassin avec interruption de la continuité de la ceinture pelvienne (1)	150	KCC	60	

(1) Il faut entendre par ostéotomie, quand ce terme figure dans la deuxième partie de la présente Nomenclature, la section complète d'un os, effectuée dans le but d'en modifier la direction, la longueur ou la position (art. 3, arrêté du 25-08-1995 - JO du 14-09-1995).				
---	--	--	--	--

CHAPITRE IV. - ARTICULATIONS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis.				
Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :				
- toutes articulations sauf la hanche	5			
- hanche	10			
Sinoviorthèse	10			
Ponction articulaire au bistouri : toutes articulations	10			
Confection ou répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation :				
- au-dessous du coude ou du genou	10	KC		
- prenant le coude ou le genou	15	KC		
- plâtre thoraco-brachial, pelvi-pédieux, corset, corset-minerve, bicrural ou bijambier	30	KC		
Mobilisation sous anesthésie générale	10			
Arthroscopie [y compris biopsie(s) et manoeuvre(s) thérapeutique(s) éventuelle(s)]	60	KC		
On entend notamment par manoeuvre (s) thérapeutique (s) éventuelles (s) les résections de replis synoviaux (Plica), l'ablation de corps étrangers, les gestes sur le cartilage (shaving) ou la section d'ailerons rotuliens.				
Biopsie intra-articulaire :				
- coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou	50	KC		
- autres articulations	15	KC		
Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions articulaires septiques ou aseptiques, quelle que soit la technique :				
- un ou plusieurs doigts ou orteils	20	KCC		
- carpe, métacarpe, poignet, coude, tarse, métatarse, tibio-tarsienne	40	KCC		
- épaule, genou à l' exclusion de la méniscectomie	60	KCC		

- hanche, bassin	100	KCC	40
Arthrolyse, synovectomie :			
- coude, épaule, genou	80	KC	30
- hanche	100	KC	40
- autres articulations à l'exclusion de la main	60	KC	
Réintervention pour excision tissulaire et nettoyage de prothèse :			
- coude, épaule, genou	80	KCC	30
- hanche	100	KCC	40
- autres articulations à l'exclusion de la main	60	KCC	
Arthroplastie sans interposition de prothèse, quelle que soit la technique :			
- coude, épaule, genou	100	KCC	30
- hanche	120	KCC	50
- autres articulations, à l'exclusion des doigts et des orteils résection simple d'une tête radiale ou cubitale	60	KCC	30
Arthroplastie avec interposition de prothèse, quels que soient la technique et le matériel, y compris les sections musculaires ou tendineuses éventuelles :			
- Portant sur une surface articulaire			
· Épaule	100	KCC	30
· Coude	80	KCC	30
· Poignet	80	KCC	30
· Hanche	150	KCC	70
· Genou	100	KCC	30
· Tibio-tarsienne	80	KCC	30
Portant sur deux surfaces articulaires			
· Épaule	180	KCC	80
· Coude	150	KCC	70
· Poignet	120	KCC	50
· Hanche	220	KCC	110
· Genou	200	KCC	80
· Tibio-tarsienne	120	KCC	50

Réintervention pour ablation de prothèse articulaire :				
- hanche	140	KCC	60	
- autres articulations, à l' exclusion de la main et des orteils	80	KCC	30	
Arthrodèse, quelle que soit la technique :				
- coude, épaule, genou, sacro-iliaque	100	KCC	40	
- hanche	180	KCC	80	
- carpe, poignet	60	KCC	30	
- de l'interligne tibio-tarsienne, sous-astragaliennne, médiotarsienne ou de Lisfranc	80	KCC	30	
- arthrodèse de deux interlignes ou plus	100	KCC	40	

CHAPITRE V. - VAISSEAUX

Section I. - MÉTHODES DE DIAGNOSTIC

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Mesure de la pression veineuse périphérique	4			
Mesure de la résistance capillaire	4			
Oscillographie	4			
Exploration fluoroscopique de la circulation artérielle des membres	8			
Épreuve au bleu	6			
Piézographie	4			
Thermométrie	4			
Capillaroscopie	6			
Pléthysmographie	8			

Section II. - ARTÈRES ET VEINES

Article premier. - Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ponction d'un gros tronc veineux de la tête ou du cou	3			
Découverte d'une veine périphérique	10			
Ponction artérielle percutanée	5			
Injection intra-artérielle	5			
Perfusion veineuse aux membres avec ou sans cathéter	5			
Mise en place d'un cathéter veineux à demeure par ponction de la jugulaire, de la fémorale ou de la sous-clavière	30			
Cet acte n'est cumulable ni avec un acte de réanimation continue coté K 30 ou K 50 tel que prévu au titre XV, chapitre II, ni avec un acte d'anesthésie-réanimation (art. 22 [2°] des dispositions générales, première partie de la nomenclature générale des actes professionnels).				
Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang	10			
Si cet acte est exécuté à l'occasion d'un acte chirurgical pendant la période couverte par l'honoraire global de l'acte il ne donne pas lieu à cotation.				
Transfusion massive supérieure à trois litres de sang (chez l'adulte) en dehors d'un acte opératoire	40			
Exsanguino-transfusion (minimum 4 litres chez l'adulte)	80			
Implantation d'un système diffuseur dans le système veineux central, y compris l'abord vasculaire, quel que soit le vaisseau choisi	60	KC		
Ablation d'un système diffuseur implanté dans le système veineux central, quelle que soit la technique	20	KC		
Plasmaphérèse	80			
Récupération per-opératoire ou post-opératoire immédiate, filtration et réinjection du sang épanché, avec lavage	40	KC		
Par dérogation à l'article 22 (2°) des dispositions générales (première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels), cet acte est coté en supplément à l'acte ou aux actes d'anesthésie-réanimation.				
La récupération post-opératoire immédiate doit être initialisée en salle d'opération et la retransfusion à laquelle elle donne lieu doit être effectuée dans les six heures qui				

suivent. Pour donner lieu à remboursement, la récupération hémorragique doit être au moins égale à 15 % de la volémie. Cette information doit être inscrite sur la fiche d'anesthésie. Lorsqu'une récupération post-opératoire avec lavage fait suite à une récupération per-opératoire avec lavage, un seul acte doit être coté.				
---	--	--	--	--

Article 2. - Actes de chirurgie

Les coefficients des actes de chirurgie non individualisés ne se cumulent pas avec les actes individualisés de chirurgie artérielle ou de chirurgie veineuse figurant au présent article.

Actes non individualisés

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Distinguer trois catégories de vaisseaux : 1° Vaisseaux principaux des membres ; 2° Vaisseaux principaux du cou, de la face et de la fesse; 3° Vaisseaux principaux abdomino-pelviens.				
Abord pour ligature, cathétérisme, suture, sympathectomie périartérielle, résection non suivie de rétablissement de la continuité :				
1°	30	KCC		
2°	50	KCC	30	
3°	80	KCC	40	
Rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse en cas de suppression définitive du tronc vasculaire principal :				
1° Vaisseaux principaux des membres (y compris l'endartériectomie)	150	KCC	70	
3° Ainsi que vaisseaux du cou	250	KCC	110	
Traitement chirurgical des anévrismes artériels ou artérioveineux en dehors de la suture, et sans rétablissement de la continuité artérielle:				
1°	80	KCC	30	
2°	100	KCC	40	
3°	150	KCC	90	
Traitement chirurgical des embolies ou thromboses aiguës des artères ou des veines				

profondes :				
1°	100	KCC	40	
3° Ainsi que vaisseaux du cou	150	KCC	90	

Actes individualisés de chirurgie artérielle

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Mise en place d'un tube aorto-aortique	250	KCC	110	
Mise en place d'un tube aorto-aortique avec réimplantation du tronc coeliaque et/ou de l'artère mésentérique supérieure et/ou des artères rénales	375	KCC	165	
Pontage aorto-biiliaque	375	KCC	165	
Pontage aorto-bifémoral	375	KCC	165	
Pontage axillo uni ou bifémoral	250	KCC	110	
Pontage croisé inter-fémoral	250	KCC	110	
Pontage aorto ou ilio-fémoral	250	KCC	110	
Pontage fémoro-poplité avec prothèse	150	KCC	70	
Pontage fémoro-poplité en veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190	KCC	85	
Pontage fémoro-jambier avec prothèse	150	KCC	70	
Pontage fémoro-jambier en veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190	KCC	90	
Pontage séquentiel fémoro-poplité et sous-poplité composite avec prothèse et veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190	KCC	90	
Endartériectomie de la bifurcation carotidienne (carotide primitive, carotide interne et/ou externe) avec ou sans patch, avec ou sans shunt	300	KCC	110	
Les interventions endovasculaires effectuées avec un amplificateur de brillance numérisé sont inscrites à la quatrième partie de la présente nomenclature (Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle), titre III (Radiologie interventionnelle), chapitre Ier (Angioplasties) et chapitre II (Actes divers de radiologie vasculaire interventionnelle).				

Actes individualisés de chirurgie veineuse

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Crossectomie et éveinage saphène interne étendu éventuellement associés à une crossectomie et/ou à un éveinage saphène externe	80	KCC	30	
Crossectomie saphène interne	30	KCC		
Crossectomie saphène externe	30	KCC		
Résection de crosse saphène interne pour récurrence, y compris les éventuelles phlébectomies complémentaires	79	KCC	30	
Crossectomie et ligature(s) de veine(s) perforante(s) par voie sous aponévrotique (CHIVA - Cure conservatrice et hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire)	45	KC	29	
Ligature (s) isolée (s) de veine (s) perforante (s) par voie sous aponévrotique	30	KC		
Résection isolée d'une veine ou d'un paquet variqueux	30	KC		
Mise en place d'un filtre dans la veine cave inférieure	80	KCC	40	
Thrombectomie de la veine cave inférieure	150	KCC	90	
Pose isolée de clip sur la veine cave inférieure	80	KCC	40	

Article 3. - Cancérologie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Chimiothérapie régionale du cancer par perfusions intra-artérielle	80			
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.				
Le protocole doit comporter : 1° L'indication de la pathologie motivant la thérapeutique; 2° Les produits injectés; 3° La procédure (bolus, semi-continue, continue) ou les procédures envisagées;				

4° Le nombre de séances prévues ; 5° Les modalités de mise en oeuvre de la thérapeutique : injection intraveineuse (l'acte d'injection est compris dans la séance), ou intrathécale, ou intravésicale, ou intrapéritonéale ou intra-artérielle; 6° Le nom de la structure à compétence carcinologique dans laquelle le traitement est effectué.				
Séance de perfusion de substances antimétaboliques, quels que soient le ou les produits utilisés :				
- perfusion courte ("bolus") , par séance d'une durée inférieure à six heures	15			E
- perfusion semi-continue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures	20			E
- perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt- quatre heures, par séance de vingt-quatre heures	30			E
Surveillance intensive dans un établissement à compétence carcinologique, pratiquant la chimiothérapie ambulatoire et/ou la radiothérapie de haute énergie, d'un malade atteint d'une affection maligne et présentant:				
- soit un accident aigu (du type aplasie médullaire, choc consécutif à un traitement chimiothérapique et/ou radiothérapique, compression médiastinale, syndrome abdominal aigu iatrogène, dysphagie majeure, etc.), par séance de vingt-quatre heures pour une période limitée à sept jours, renouvelable sur entente préalable	30			
- 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			

Section III. - SYSTÈME LYMPHATIQUE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Lymphographie unilatérale	30			
Vaisseau lymphatique : injection, découverte, cathétérisme dans un but thérapeutique	20			
Exérèse d'un ganglion ou d'une adénopathie	20	KCC		
Traitement de l'éléphantiasis ou d'un lymphangiome :				

- segmentaire	80	KCC	30	
- diffus (y compris éventuellement le recouvrement cutané)	120	KCC	50	
Traitement par la méthode compressive de Van der Molen de l'éléphantiasis ou du lymphoedème d'un membre, primitif ou secondaire à un acte thérapeutique, comprenant la réduction par tuyautage et la réalisation de la contention inamovible d'au moins deux segments de membre (avec maximum de cinq séances, espacées de cinq jours au moins à quinze jours au plus) par séance	10			
Pose d'une bande adhésive réalisant la contention permanente inamovible d'au moins deux segments de membre, quelle que soit la technique, avec un maximum de deux par semaine	5			
Curage ganglionnaire d'une région inguinale, axillaire, sous-maxillaire, cervicale, sus-claviculaire, mammaire interne :				
- unilatéral	60	KCC	30	
- bilatéral en un temps	100	KCC	50	
Cette cotation ne peut s'ajouter à celle de l'acte d'exérèse de la lésion primitive pratiquée dans la même séance.				
Grand évidement jugulo-maxillaire, carotidien, sous-maxillaire et sus-claviculaire en un temps	120	KCC	70	

CHAPITRE VI. - NERFS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Infiltrations percutanées :				
Ganglion de Gasser	20			
Nerf trijumeau (trou ovale ou grand rond), nerf ophtalmique	10			
Nerf maxillaire supérieur ou inférieur à la base du crâne	8			
Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.)	5			
Infiltration du nerf phrénique, splanchnique, hypogastrique du sympathique lombaire, du ganglion stellaire ou du ganglion sympathique cervical supérieur	10			
2° Interventions :				

Suture nerveuse primitive	60	KCC		
Suture nerveuse secondaire	70	KCC	30	
Ablation de tumeur nerveuse avec suture (membre ou autre région)	80	KCC	30	
Greffe nerveuse en un ou deux temps	120	KCC	60	
Libération d'un nerf comprimé	50	KCC		
Libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien, quelle que soit la technique, avec ou sans synovectomie	50	KCC		
Réséction caténaire ou ganglionnaire en général	120	KCC	60	
Sympathectomie dorso-lombaire sus et sous-diaphragmatique	120	KCC	60	
Opération portant sur le nerf splanchnique, le ganglion aortico-rénal ou les nerfs du pédicule rénal	120	KCC	60	
Neurotomie périphérique	40	KCC		
Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux	150	KCC	60	

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

III. - INTERVENTIONS DE CHIRURGIE PLASTIQUE ET RÉPARATRICE ET NOTAMMENT DE CHIRURGIE RÉPARATRICE DU SEIN.

Autoplastie par lambeau musculo-cutané :

KCC 150 par assimilation à "rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculonerveux". (Titre II - Chapitre VI)

(DNA n° 4338 / 84 du [05-06-1984](#))

III. - PHOTO-CHIMIOTHÉRAPIE OU PUVATHÉRAPIE (E)

La photo-chimiothérapie ou puvathérapie est basée sur l'association d'une irradiation ultra-violette de grande longueur d'onde (320 à 400 nanomètres avec pic prédominant à 360) et d'une substance photo-active.

L'exposition du malade aux UVA se fait au moyen d'un appareil spécial soumis à une rigoureuse sécurité, muni de tubes émetteurs pendant un temps, variable selon l'état et la sensibilité de la peau.

Ce traitement peut être coté : **K 10** par assimilation à : "Traitement exfoliant de l'épiderme"

à condition qu'il s'adresse :

1° - au mycosis fongoïde, aux états prémycosiques et parapsoriasisiques, à raison de 4 séances maximum par semaine pendant 6 mois, il est renouvelable après entente préalable.

2° - au psoriasis atteignant au moins 40 % de la surface du corps à raison d'un traitement d'attaque comportant au maximum 4 séances par semaine avec un maximum de 30 séances, et d'un traitement d'entretien comportant une séance maximum par semaine avec un maximum de 20 séances.

(DNA n° 441bis / 81 du [20-03-1981](#) actualisée par RDD du MCN du [14-10-1999](#))

II/I. - TRAITEMENT D'AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES PAR RAYONNEMENT LASER (E)

Le LASER agit essentiellement par effet thermique provoquant thrombose et/ou section de tissus, et par effet mécanique, onde de choc.

Sa mise en oeuvre nécessite des mesures de sécurité particulières pour éviter la réflexion du rayonnement dommageable pour la rétine (lunettes spéciales etc...)

Le traitement peut être coté **KC 20** par assimilation à :

"Exérèse de naevi-cellulaires ou tumeurs cutanées malignes (Chapitre I - Titre II de la NGAP)

Il n'y a pas lieu d'appliquer la cotation K 20 mais, la cotation KC 20, en fonction de l'arrêté du [26-04-1984](#) (JO du [27-04-1984](#)) relatif à l'instauration de la lettre clé KC.

à condition que soient respectées l'action spécifique de chaque type de rayonnement, ses indications diagnostiques, et ses modalités d'application :

INDICATIONS ET MODALITÉS DU TRAITEMENT	TYPE DE RAYONNEMENT LASER
ANGIOMES STELLAIRES (Traitement isolé)	Laser ARGON Laser CO ² Laser YAG
NAEVI VERRUQUEUX (Traitement en séries)	Laser CO ² Laser YAG
LÉSIONS ÉPIDERMIQUES bénignes ou malignes, ex : maladie de BOWEN maladie de PAGET (Traitement selon l'étendue en une ou plusieurs fois)	Laser CO ² Laser YAG

VERRUES ET CONDYLOMES ACUMINÉS (En cas de récurrence avec traitements classiques ou dans certaines formes profuses). (Traitement par série, environ 10 éléments à chaque séance).	Laser CO ² Laser YAG
--	--

Les autres indications sont à réserver à des cas exceptionnels au besoin après avis d'un consultant connaissant bien les modalités et les techniques du rayonnement Laser.

(DNA n° 688 / 83 du 25-01-1983)
(modifiée par arrêté du 29-01-1998 - JO du 28-02-1998)

II/III. - PRÉLÈVEMENT MASSIF de MOELLE OSSEUSE en vue d'une AUTOGREFFE ou d'une ALLOGREFFE

Prélèvement massif de moelle osseuse par aspiration au niveau des crêtes iliaques et du sternum, effectué en hôpital public ou assimilé.

Cette intervention s'effectue sous anesthésie générale et dure 2 à 3 heures. Elle peut être cotée K 80 par assimilation à "exsanguino-transfusion" (Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 1)

L' anesthésie générale peut être cotée KC 40.

(DNA n° 11 / 85 du 03-01-1985)

II/III. - PRÉLÈVEMENT d'une "CAROTTE MÉDULLAIRE" pour DIAGNOSTIC d'une ANOMALIE SANGUINE ou OSTÉO-ARTICULAIRE

Cette intervention faite avec un gros trocart permet de faire le diagnostic d'une anomalie soit sanguine, soit ostéo-articulaire.

Pratiquée dans la majorité des cas au niveau de la crête iliaque, elle nécessite une anesthésie locale et généralement une incision cutanée suivie de suture.

Elle peut être assimilée à :
"ablation d'une exostose, d'un séquestre" : **KCC 30**

(DNA n° 521 / 81 du 14-09-1981)

II/V. - CYTOPHÉRÈSE (E)

La cytophérèse consiste à extraire de la circulation des éléments cellulaires pathologiques (leucémie myéloïde chronique, leucémie lymphoïde chronique hyperleucocytaire, thrombocytémie essentielle). Elle doit être cotée K 10 par assimilation

à

"transfusion sanguine".

(Titre II - Chapitre V - Section 2)

(DNA n° 2757 / 78 du [29-11-1978](#))

II/V. - COTATION DE L'ACTE D'IMPLANTATION DANS L'ORGANISME DE SYSTÈMES DIFFUSEURS DE SUBSTANCES MÉDICAMENTEUSES, CYTOTOXIQUES, ANALGÉSIAUTES, HORMONALES, etc...

Ces systèmes sont constitués d'un cathéter placé dans un vaisseau ou un organe creux, et, d'un réservoir sous-cutané accessible par voie percutanée, ces deux composantes étant reliées entre elles.

Différents types de systèmes sont utilisés allant d'une simple chambre permettant des réinjections périodiques sans effraction tissulaire autre que cutanée à une pompe complexe diffusant en continu le médicament avec remplissage toutes les 2 à 3 semaines.

Les procédures d'implantation de ces systèmes ne figurent pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Eu égard à leur intérêt, elles peuvent néanmoins être prises en charge par assimilation lorsqu'elles sont proposées par des praticiens compétents dans le domaine Carcinologique, Endocrinologique, etc...

La cotation retenue dépend du secteur anatomique dans lequel le cathéter est mis en place :

I) Mise en place d'un système diffuseur permettant des perfusions sélectives et hyper-sélectives intra-artérielles (ou intra-veineuses dans le tronc porte).

Deux procédés opératoires permettant cette thérapie régionale sont utilisés :

- Le procédé chirurgical par laparotomie et dissection vasculaire,
- Le procédé radio-chirurgical par angiographie.

Quelle que soit la méthode choisie ou ses variantes (double cathéter) la cotation de la procédure d'implantation du système (cathéter + réservoir) est fixée à :

KCC 190 (KCC 160 pour le cathéter + supplément de KCC 30 pour le réservoir)

En application de la Lettre-Circulaire n° 4934 du [05-07-1984](#) (page 3 - lettre n° 4934 / 84)

Le remplissage du réservoir (chambre ou pompe) étant coté K 10 par assimilation à :

"Perfusion veineuse au cou ou au thorax avec mise en place d'un cathéter à demeure : **10**"

(Article 1er, Section II, Chapitre V, Titre II de la NGAP)

mais seulement au décours de la période des soins post-opératoires visée à l'article 8 A des dispositions générales de la NGAP (20 jours en cas d'hospitalisation, 10 jours dans le cas contraire).

II) Remplissage de systèmes diffuseurs implantés dans le système veineux central (sous-clavière, jugulaire externe, cave, etc...) aux fins de thérapie systémique.

Remplissage du réservoir **K 10** mêmes conditions que précédemment.

III) Implantation de systèmes diffuseurs intra-rachidiens

Deux modalités sont à considérer :

1. La mise en place du cathéter dans l'espace péri-dural : coter KC 50 par assimilation à :

"Changement de boîtier : **50**"

(Article 5, Chapitre V, Titre VII de la NGAP)

2. La mise en place du cathéter dans l'espace intra-dural ou sous-arachnoïdien : coter KC 60 par assimilation à :

"Implantation intracrânienne d'électrodes pour enregistrement de longue durée : **60**"

(Article 2, Chapitre I, Titre III de la NGAP)

- Remplissage du réservoir **K 10** mêmes conditions que précédemment pour des substances agressives

- **K 2** ou **AMI 2** pour des produits analgésiques, par assimilation à :

"Injection intraveineuse isolée : **2**"

(Titre XVI de la NGAP)

IV) Implantation d'un système diffuseur dans la cavité péritonéale.

Cette procédure doit être cotée **KC 50** par assimilation à :

"Changement de boîtier : **50**"

(Article 5, Chapitre V, Titre VII de la NGAP)

- Remplissage du réservoir **K 10** mêmes conditions que précédemment.

Les cotations indiquées ci-dessus sont globales et forfaitaires ; elles comprennent l'ensemble des gestes indispensables à l'exception des actes cotés en Z et des actes d'anesthésie-réanimation. L'utilisation du système pour des perfusions donnera lieu à la cotation **K 15** de Chimiothérapie généralement employée par séance.

La présente directive annule et remplace toutes les instructions ponctuelles précédemment données à l'exception de la lettre-circulaire n° 4934 précitée.

(DNA n° 914 / 84 du [07-12-1984](#) modifiée par RDD du MCN du [05-02-1997](#)) .

V) La montée de cathéters pour une durée variable aux fins de perfusions hyper-sélectives intra-artérielles, ou intra-veineuses (tronc porte) de produits antimétaboliques, est coté **KC 160** (perfusions et injections de produits de contraste comprises) par assimilation à :

"Mise en place ou changement d'un stimulateur électrosystolique (avec électrode endocavitaire, etc), y compris l'implantation du boîtier : **120**"

(Article 5, Chapitre V, Titre VII de la NGAP)

Plus K 80/2 :

"Chimiothérapie régionale du cancer par perfusions intra-artérielles : **80**"
(Article 3, Section II, Chapitre V, Titre II de la NGAP)

Soit un total de KC 160

La mise en place chirurgicale d'une pompe implantable ou d'un réservoir sous-cutané fera l'objet d'une cotation supplémentaire KC 30, par assimilation à :
"Prélèvement d'un greffon tendineux ou aponévrotique : **30**"
(Chapitre II, Titre II de la NGAP)

La réinjection de produits médicamenteux sera cotée **K 10** par assimilation à :
"Perfusion veineuse au cou ou au thorax avec mise en place d'un cathéter à demeure : **10**"
(Article 1er, Section II, Chapitre V, Titre II de la NGAP)

mais seulement au décours de la période des soins post-opératoires visée à l'article 8 A des dispositions générales de la NGAP (20 jours en cas d'hospitalisation, 10 jours dans le cas contraire).

(DNA n° 4934 / 84 et 4935 / 84 du [05-07-1984](#) modifiée par RDD du MCN du [05-02-1997](#))

II/V. - BIOPSIE de l'ARTÈRE TEMPORALE SUPERFICIELLE

Dans le cadre du diagnostic de l'artérite temporale de HORTON, cotation KC 20 par assimilation à: "exérèse d'un ganglion ou d'une adénopathie".
(Titre II - Chapitre V - Section 3)

Cette cotation globale s'applique, que la biopsie concerne une ou les deux artères temporales superficielles lors du même geste opératoire.

(DNA n° 6957 / 84 du [22-10-1984](#))

II/V. - POLYCHIMIOTHÉRAPIE ANTICANCÉREUSE (E)

Elle est assimilée à:

"Chimiothérapie intensive (cure de sommeil, cure dite dépressive, neuroleptique réalisée en établissement de jour : **15 E**"
(Chapitre II du Titre XIII de la NGAP)

à condition :

1°) qu'il s'agisse d'une chimiothérapie intensive à savoir un ou plusieurs agents agressifs à dose élevée, d'administration difficile : perfusion lente, rinçage de veine, injection en un ou plusieurs temps, médication adjuvante, surveillance continue ;

2°) qu'elle soit faite en environnement hospitalier selon un protocole établi conjointement avec un médecin spécialiste.

(DNA n° 566 / 82 du 11-01-1982)
(RDD du MCN du 27-03-1996)

II/V. - TRAITEMENT de CERTAINES AFFECTIONS par la MÉTHODE COMPRESSIVE de VAN DER MOLEN (E)

Acte repris au Titre II - Chapitre V - Section 3 de la Nomenclature depuis l'arrêté du 08-11-1973.

Cotation K 10.

Cette cotation ne devra être prise en charge qu'à condition qu'il s'agisse du traitement par cette méthode de l'éléphantiasis ou du lymphoedème d'un membre, primitif ou secondaire à un acte thérapeutique et comprenant :

- 1 - la réduction élastique préalable de l'oedème par enroulement d'un tube de caoutchouc. Cette manoeuvre est, en général, pratiquée deux ou trois fois le même jour,
- 2 - la réalisation de la contention inamovible d'au moins deux segments de membre par l'application d'une contention inextensible afin de maintenir le résultat obtenu par la réduction élastique jusqu'à la séance suivante.

Pourront être accordées des séries de cinq séances espacées de 5 jours au moins à 15 jours au plus.

Est exclu de cette cotation, le simple traitement contensif d'un oedème banal, variqueux ou post-phlébitique, coté au Titre XII, et n'exigeant pas de réduction préalable par tubage.

(DNA n° 87 / 73 du 08-03-1973)

II/V. - TRAITEMENT des LYMPHOEDÈMES ou des PHLÉBOEDÈMES par APPAREILLAGES À PRESSION PNEUMATIQUE ou FLUIDE (E)

Il s'agit d'une méthode utilisant un appareillage à pression pneumatique ou fluide (type pression de mercure).

La réduction des lymphoedèmes ou des phléboedèmes par méthode de compression pneumatique rythmée à cellules multiples (minimum 6 cellules) ou par pression de fluide à haute densité - associée à une contention d'au moins deux segments de membres - peut être cotée K 15 par assimilation à :

"Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante, main, poignet, coude, épaule, pied, coup de pied, genou, disjonction sacro-iliaque ou pubienne : **15** (Titre I - chapitre II - article 2)

Avec un maximum de 10 séances pour une période de 6 mois.

(DNA n° 2613 / 85 du 14-05-1985 modifiée par RDD du MCN du 14-01-1998) .

II/VI. - SYMPATHOLYSE CHIMIQUE, SYMPATHECTOMIE CHIMIQUE PAR BLOC INTRA VEINEUX RÉGIONAL

La sympatholyse par "bloc intraveineux régional" peut être cotée : K 30

par assimilation à :

"opacification à un territoire anatomique par injection intra-veineuse simple".

(injection d'un agent bloquant (réserpine, guanéthidine) dans un membre maintenu sous garrot. Cet acte doit être effectué dans un environnement hospitalier disposant de possibilités immédiates de réanimation et sous surveillance continue par un médecin)

(DNA n° 5981 / 83 du [13-10-1983](#))

(modifications par arrêté du [13-10-1992](#) - JO du [03-11-1992](#) et RDD du MCN du [05-02-1997](#)) .

Remarques :

Les conditions énoncées dans la DNA n° 5981 / 83 du [13-10-1983](#) ne correspondent plus à la pratique médicale actuelle.

En effet, ni la guanéthidine, ni la réserpine, produits cités dans la DNA, ne sont plus employés dans ces blocs :

- d'une part en raison de leur potentiel iatrogène,
- d'autre part parce qu'il n'existe plus de formes injectables pour ces drogues.

Par ailleurs, le fonzylane est un agent alpha-bloquant plus efficace et moins dangereux que la guanéthidine et la réserpine.

La lecture actualisée de la DNA permet d'utiliser la notion d'agent alpha-bloquant sans tenir compte de l'énumération restrictive des substances dont l'emploi n'est plus indiqué.

Il n'apparaît pas opportun d'engager des contentieux dans ce domaine.

Sur le plan scientifique, les indications de ces blocs et leurs résultats ne sont pas encore totalement validés et l'ANAES sera saisie de l'opportunité d'inscrire cette technique à la NGAP à la lumière des études entreprises.

(ENSM n° 2443 / 96 du [02-10-1996](#))

VOIR COUR D'APPEL DE METZ DU [22-05-2000](#).

TITRE III. - ACTES PORTANT SUR LA TÊTE

CHAPITRE I. - CRÂNE ET ENCÉPHALE

Article premier. - Investigations neurologiques centrales et périphériques

(pour les investigations vasculaires, voir Titre II - Chapitre V - Vaisseaux)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection médicamenteuse, avec ou sans épreuve au manomètre de Queeckenstaett Stockey	8			
Ponction lombaire ou sous-occipitale avec injection de substance de contraste	15			
Myélographie gazeuse, encéphalographie totale par voie lombaire	30			
Encéphalographie gazeuse fractionnée (diagnostique)	60		30	
Ponction ventriculaire (quel que soit le nombre des orifices de trépanation)	40			
- le même acte chez le nourrisson sans trépanation	15			
Ventriculographie (quel que soit le nombre des orifices de trépanation)	60		30	
- le même acte chez le nourrisson sans trépanation	20			
Électroencéphalogramme, quel que soit le nombre de chaînes de l'appareil, le temps passé, les procédés "d'activation" utilisés avec un minimum de six plumes	30			
Électroencéphalogramme pratiqué pour un seul malade intransportable, soit à domicile, soit dans un établissement dépourvu d'appareillage électroencéphalographique (frais de déplacement compris)	70			
Électroencéphalogramme de plusieurs malades dans un établissement dépourvu d'appareillage électroencéphalographique, pour chaque malade (frais de déplacement compris)	30			
Électroencéphalogramme pendant toute la durée d'une intervention de chirurgie endothoracique ou de neuro-chirurgie	70			
Examen électrocorticographique	70			
Échoencéphalogramme	10			
Électrodiagnostic de stimulation :				
- examen électrique galvano-faradique quels que soient le ou les territoires examinés	10			
- chronaximétrie quels que soient le ou les territoires examinés	18			
Ces deux examens ne sont pas cumulables dans la même séance.				
Électromyogramme : quels que soient le ou les territoires examinés. Les documents devront être présentés au contrôle médical sur sa demande :				

- examen électromyographique par oscilloscopie, phonie ou enregistrement photographique à faible définition	15			
- examen électromyographique avec enregistrement photographique à définition normale (enregistrement continu d'au moins trois secondes permettant de discerner sur le document final un signal sinusoïdal de 1000 Hertz) ou recherche de spasmophilie avec épreuve du garrot sous contrôle EMG	27			
- examen de stimulo-détection avec réception musculaire et mesures chronologiques	18			
- mesures de vitesse de conduction sensitive	18			

Article 2. - Traitement neurochirurgical des affections intra-crâniennes

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Exérèse d'une lésion expansive :				
Les coefficients de cet article comprennent l'exérèse de la lésion et de ses différents prolongements éventuels, quelle que soit leur localisation.				
a) <u>Lésions expansives sustentorielles :</u>				
Lésion de la voûte du crâne	120	KCC	50	
Lésion extra-parenchymateuse de la convexité	200	KCC	130	
Lésion intra-parenchymateuse des hémisphères	200	KCC	110	
Lésion des ventricules latéraux	300	KCC	140	
Lésion du troisième ventricule	300	KCC	140	
Lésion de la ligne médiane (commissures et faux)	300	KCC	140	
b) <u>Lésions expansives des régions sellaire et pinéale :</u>				
Lésion hypophysaire intrasellaire (voie rhinoseptale)	200	KCC	110	
Lésion hypophysaire à extension suprasellaire (quelle que soit la voie)	250	KCC	130	
Lésion exclusivement suprasellaire (voie sous-frontale)	300	KCC	150	
Lésion expansive de la région pinéale	300	KCC	150	
c) <u>Lésions expansives de la base du crâne :</u>				
Lésion de l'étage antérieur	300	KCC	130	
Lésion de l'étage moyen et de la petite aile du sphénoïde	300	KCC	130	

Lésion du clivus et de l'incisure tentorielle	400	KCC	150
Tumeur postérieure de l'orbite (par voie neurochirurgicale)	250	KCC	110
d) <u>Lésions expansives sous-tentorielles :</u>			
Tumeur des hémisphères cérébelleux	200	KCC	110
Tumeur du vermis cérébelleux et/ou du quatrième ventricule	250	KCC	140
Tumeur du tronc cérébral	300	KCC	140
Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux	450	KCC	180
Tumeur de latente du cervelet ou du trou occipital	300	KCC	130
2° Lésions infectieuses et parasitaires :			
Traitement d'un empyème extra-parenchymateux	100	KCC	40
Ponction d'un abcès intra-parenchymateux	80	KCC	
Exérèse d'un abcès ou d'une parasitose intra-parenchymateux	200	KCC	110
3° Anévrismes artériels intra-crâniens :			
Exclusion d'un anévrisme artériel supra-tentoriel par voie neurochirurgicale	300	KCC	180
Exclusion d'un anévrisme artériel vertébrobasilaire par voie neurochirurgicale	300	KCC	180
Exclusion en un temps de deux (ou plus) anévrismes artériels par voie neurochirurgicale	350	KCC	215
Ligature de la carotide interne	50	KCC	
4° Anévrismes artérioveineux intra-crâniens :			
Exérèse des anévrismes artérioveineux méningés	200	KCC	110
Exérèse des anévrismes artérioveineux corticaux à pédicule unique	200	KCC	110
Exérèse des anévrismes artérioveineux profonds ou corticaux à pédicules multiples	300	KCC	180
5° Autres lésions vasculaires cérébrales :			
Évacuation d'un hématome intra-cérébral sustentoriel	120	KCC	90
Évacuation d'un hématome cérébelleux	200	KCC	110
Anastomose vasculaire extra-intra-crânienne	200	KCC	110
Chirurgie réparatrice d'une artère intra-crânienne	150	KCC	60
6° Lésions traumatiques superficielles :			
Excision d'une plaie du cuir chevelu avec esquillectomie	40	KCC	30
Traitement d'un scalp simple	30	KC	

Traitement d'un scalp par lambeau de rotation	80	KCC	30
Traitement d'une embarrure fermée de la voûte	100	KCC	35
Traitement d'une embarrure ouverte	120	KCC	45
Cranioplastie par matériel (prothèse, homo- ou autogreffe)	100	KCC	55
7° Lésions traumatiques intra-crâniennes :			
Évacuation d'un hématome extra-dural	150	KCC	60
Évacuation d'un hématome sous-dural aigu et/ou traitement d'une contusion cérébrale	120	KCC	60
Évacuation d'un hématome sous-dural chronique	80	KCC	35
Traitement d'une plaie cranio-cérébrale	150	KCC	60
Traitement d'une fistule traumatique du liquide céphalo-rachidien	200	KCC	110
8° Dérivation du liquide céphalo-rachidien :			
Pose d'un drainage ventriculaire externe	40	KCC	30
Dérivation ventriculo-atriale ou péritonéale, lombo-péritonéale	120	KCC	60
Dérivation kysto ou sous duo-péritonéale	120	KCC	60
Ablation d'une dérivation extra-crânienne	30	KCC	
Ventriculo-cisternostomie (quelle qu'en soit la technique)	150	KCC	60
Dérivation interne (Torkildsen, intubation aqueducale)	150	KCC	80
9° Malformations cranio-encéphaliques :			
Traitement des méningo-encéphalocèles	100	KCC	40
Traitement des craniosténoses	200	KCC	110

Article 3. - Neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Neurochirurgie stéréotaxique				
Repérage suivi d'une ponction ou biopsie stéréotaxique d'une lésion intra-crânienne	250	KCC	110	
Exérèse chirurgicale de lésions intracérébrales sous repérage stéréotaxique pré-opératoire et per-opératoire	300	KCC	140	
Implantation stéréotaxique intra-cérébrale	300	KCC	110	

Chirurgie stéréotaxique d'un mouvement anormal	300	KCC	110
Exploration stéréotaxique d'une épilepsie	300	KCC	110
Implantation stéréotaxique d'électrodes ou de tissu vivant	300	KCC	110
2° Neurochirurgie de l'épilepsie			
Excision d'une zone épileptogène avec corticographie	200	KCC	110
Hémisphérectomie	300	KCC	130
3° Neurochirurgie de la douleur			
Thermocoagulation du trijumeau ou du glossopharyngien	100	KCC	40
Thermocoagulation facettaire, quels que soient le nombre d'étages ou de côtés traités	40	KC	
Traitement chirurgical d'un conflit artère-nerf intra-crânien	200	KCC	70
Myélotomie ou cordotomie (percutanée ou ouverte)	150	KCC	50
Radicellotomie postérieure sélective	200	KCC	60
Implantation d'une électrode épidurale	40	KCC	
Implantation d'un stimulateur médullaire	80	KCC	50
Implantation sous-arachnoïdienne d'un réservoir ou d'une pompe	100	KCC	50

Article 4. - Divers

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Pose d'un capteur de pression intra-crânienne	40	KCC		
Volet décompressif ou explorateur	100	KCC	50	
Ablation de volet	80	KCC	40	
Ponction ventriculaire	40	KCC		

CHAPITRE II. - ORBITE- OEIL

Article premier. - Actes d' exploration clinique

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les cotations de cet article s'appliquent que l'examen ait porté sur un oeil ou sur les deux yeux.				
Fluoroscopie	9			
Rétinographie en couleurs	9			
Angiographie en fluorescence avec clichés en lumière monochromatique verte, rouge et bleue (avec ou sans paires stéréoscopiques)	32			
Angiographie en fluorescence au vert d'indocyanine et en lumière infrarouge	37			
Fluorophotométrie quantitative du segment antérieur et/ou du segment postérieur	28			
Kératométrie et/ou pachymétrie cornéenne	9			
Kératesthésie	9			
Périmétrie quantitative, manuelle ou automatisée, accompagnée ou remplacée par une campimétrie	13			
Courbe d'adaptation à l'obscurité	13			
Exploration du sens chromatique	9			
Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score	13			
Électrorétinographie	28			
Électro-oculogramme	28			
Potentiels évoqués visuels	28			
Bilan électrophysiologique oculaire (comportant électrorétinographie, électro-oculogramme et potentiels évoqués visuels)	46			
Examen fonctionnel détaillé de la motilité oculaire dans le strabisme et les hétérophories	9			
Examen sensorio-moteur dans le strabisme et l'amblyopie	13			
Gonioscopie	9			
Biomicroscopie du fond de l'oeil avec verre de contact à trois miroirs ou panoramique, associée ou non à une gonioscopie	11			
Épreuves de provocation dans le glaucome	19			
Tonographie au tonomètre électronique	13			
Courbe de tension oculaire nyctémérale (6 mesures par 24 heures sans hospitalisation)	13			

Échographie simple en mode A	9			
Échographie oculaire et orbitaire (en mode B ou en modes A et B)	19			
Échobiométrie oculaire avec calcul des différents paramètres et de la puissance du cristallin artificiel	19			
Microscopie spéculaire de l'endothélium cornéen et clichés photographiques	13			
Première adaptation et/ou changement de lentilles avec pose et surveillance (pendant les 6 premiers mois) de lentilles optiques correctrices (dans les cas énumérés par le tarif interministériel des prestations sanitaires) :				
- pour un oeil	37			
- pour les deux yeux	46			
Adaptation de lentilles thérapeutiques ou lentilles pansement	23			

Article 2. - Opérations sur les paupières, les sourcils et la région orbito-faciale

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Réfection palpébrale simple pour lésion traumatique, tumorale ou neurologique	60	KCC	30	
Réfection palpébrale totale en plusieurs plans, quelle que soit la technique, pour lésion traumatique, tumorale ou neurologique	90	KCC	30	
Chirurgie fonctionnelle du ptôsis et de la lagophtalmie	80	KCC	35	
Intervention chirurgicale sur les bords palpébraux (blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie)	20	KCC		
Traitement chirurgical du chalazion et/ou des kystes des paupières	15	KC		
Traitement chirurgical de l'entropion ou ectropion, ou du trichiasis ou du blépharochalasis	40	KCC		
Ablation chirurgicale du xanthélasma :				
- lésion unique	20	KC		
- lésions multiples	30	KC		
Sutures des plaies cutanéomuqueuses des paupières	30	KCC		
Injection rétrobulbaire ou latéro-bulbaire, en série	8			
Orbitotomie par voie antérieure avec extraction de corps étrangers ou de tumeurs ou de	80	KCC	40	

pseudo-tumeurs inflammatoires				
Orbitotomie avec trépanation osseuse pour tumeurs ou pseudotumeurs	100	KCC	40	
Ablation d'une tumeur de l'orbite avec intervention intra-crânienne pour chaque équipe	100	KCC	110	
Énucléation	50	KCC		
Énucléation ou éviscération avec insertion de sphère pour prothèse	80	KCC	30	
Exentération de l'orbite	90	KCC	35	
Réfection totale d'une cavité orbitaire avec greffe (muqueuse, dermo-épidermique ou de peau totale)	100	KCC	40	

Article 3. - Chirurgie de l'appareil lacrymal

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Cathétérisme des voies lacrymales avec anesthésie régionale	10			
Cathétérisme avec pose d'une sonde bicanaliculo-nasale	40	KC		
Ablation chirurgicale du sac lacrymal	40	KCC		
Dacryocystorhinostomie ou lacodacryostomie	100	KCC	40	
Réparation canaliculaire avec ou sans intubation	80	KCC	35	
Pose d'un clou méatique en cas d'atrésie ou de sécheresse oculaire	25	KC		

Article 4. - Chirurgie de la conjonctive et du segment antérieur du globe

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Exploration et suture d'une plaie simple de conjonctive	25	KC		
Ablation ou destruction d'une lésion conjonctivale ou cure de symblépharon :				
- suivie d'autoplastie conjonctivale par glissement	25	KCC		
- suivie de greffe conjonctivale ou de muqueuse buccale	50	KCC		
Recouvrement conjonctival	20	KCC		
Greffe étendue de conjonctive ou de muqueuse buccale pour brûlure	50	KCC		
Cryoapplication sur la cornée et cryoapplication sur la conjonctive bulbaire ou	10			

palpébrale, par séance (avec entente préalable au-delà de la 5 ^e séance)				
Ponction de la chambre antérieure pour prélèvement et/ou injection thérapeutique	15	KC		
Traitement d'une plaie simple cornéenne ou cornéosclérale, unique ou multiple, sous microscope opératoire	50	KCC	30	
Traitement d'une plaie complexe de la cornée (avec hernie de l'iris ou du vitré) et/ou d'une plaie de la sclérotique (suivie d'indentation et de coagulation) (traitement sous microscope opératoire)	90	KCC	35	
Traitement des gros délabrements post-traumatiques récents de la région orbitaire, intéressant paupières, contenu orbitaire et os	100	KCC	50	
Traitement du ptérygion :				
- ablation chirurgicale simple	25	KCC		
- ablation chirurgicale suivie de greffe de conjonctive ou de muqueuse buccale	50	KCC	30	
Traitement chirurgical d'herpès cornéen ou d'ulcère infectieux	10	KCC		
Greffe de la cornée	120	KCC	50	

Article 5. - Chirurgie du segment postérieur du globe

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement du décollement de la rétine par indentation et coagulation quelles qu'en soient les techniques:				
- limitées à un quadrant	100	KCC	40	
- étendues (de plus d'un quadrant à toute la circonférence)	150	KCC	50	
Vitrectomie postérieure simple	100	KCC	40	
Vitrectomie associée à un tamponnement interne et/ou à une dissection épirétiniennne et/ou à une endocoagulation	130	KCC	50	
Section des brides vitréennes antérieures et/ou postérieures par photodisruption au laser	50	KC		
Ablation d'éponge ou du matériel d'indentation après chirurgie du décollement de la rétine	40	KCC		
Injection intra-vitréenne à visée anti-inflammatoire ou anti-infectieuse y compris	40	KC		

l'examen du fond d'oeil avant et après injection				
--	--	--	--	--

Article 6. - Photocoagulation du segment postérieur

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles.				
Photocoagulation de la périphérie rétinienne en cas de lésions dégénératives, en vue de la prévention du décollement de rétine :				
- limitée à un quadrant	40	KC		
- étendue à plus d'un quadrant, en plusieurs séances, en vue de réaliser un barrage périphérique circonférentiel (avec maximum de 4 séances sauf entente préalable), par séance (y compris la consultation de contrôle post-laser dans le mois qui suit)	50	KC		
Photocoagulation panrétinienne périphérique en plusieurs séances (avec maximum de 6 séances sauf entente préalable), par séance (y compris la consultation de contrôle post-laser dans le mois qui suit)	60	KC		
Photocoagulation de la région maculaire :				
- avec laser Argon conventionnel	60	KC		
- avec laser monochromatique ou laser à colorants	70	KC		
Photocoagulation des autres lésions de la rétine en une ou plusieurs séances (avec maximum de deux, sauf entente préalable), y compris la consultation de contrôle post-laser dans le mois qui suit, par séance	60	KC		

Article 7. - Traitement de la cataracte

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Extraction de la cataracte, quelle que soit la technique	100	KCC	40	
Implantation ou explantation ou reposition d'un cristallin artificiel	60	KCC	40	
Cure de hernie de l'iris et/ou du vitré (avec vitrectomie antérieure) avec sutures sous microscope opératoire	60	KCC	40	
Iridotomie, iridectomie ; capsulotomie et/ou membranulectomie; section des brides et				

libération de synéchies et/ou d'adhérences dans le segment antérieur :				
- par voie chirurgicale classique	40	KCC		
- par photocoagulation ou photodisruption au laser (y compris les consultations de contrôle post-laser dans le mois qui suit)	40	KC		

Article 8. - Ablation des corps étrangers intra-oculaires

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Corps étrangers superficiels non transfixiants du segment antérieur	10	KC		
Corps étrangers intra-oculaires :				
- dans le segment antérieur de l'oeil	50	KCC	30	
- dans le segment postérieur de l'oeil	100	KCC	40	

Article 9. - Traitement du glaucome

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement chirurgical du glaucome :				
- iridectomie, iridotomie	40	KCC		
- simple (cyclodialyse, cyclodiathermie)	60	KCC	30	
- intervention fistulisante, quelle qu'en soit la technique, y compris par valve et tubes de drainages	100	KCC	40	
Traitement du glaucome chronique à angle ouvert par photocoagulation ou photodisruption en une ou deux séances, pour une période de six mois (y compris les contrôles de tension dans le mois qui suit le traitement), par séance	60	KC		
Traitement du glaucome par ultra-sons	60	KC		

Article 10. - Opérations sur les muscles de l'oeil

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
-----------------------	------	-----	-----	----

Traitement du strabisme :				
- sur un oeil	60	KCC	30	
- sur les deux yeux	90	KCC	40	
Traitement d'une paralysie oculomotrice et/ou chirurgie du nystagmus	90	KCC	40	

Article 11. - Circonstances particulières motivant une majoration

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les interventions pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions ont leur coefficient majoré de 25 %. Ces dispositions ne s'appliquent pas au deuxième alinéa de l' article 7.				
Ces mêmes interventions pratiquées chez l'enfant de moins d'un an ont leur coefficient majoré de 25 %.				
Interventions chirurgicales simultanées sur la cornée, le cristallin, le vitré et/ou la rétine, y compris les implantations de cristallin et la chirurgie antiglaucomeuse, lorsque trois d'entre elles au moins sont associées	200	KCC	80	
Chirurgie combinée du glaucome et de la cataracte au cours de la même séance opératoire comportant extraction de la cataracte, implantation cristallinienne, intervention fistulisante	180	KCC	60	

Article 12.- Orthoptie : bilans, rééducations et enregistrements

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, les actes de l'article 12 peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription initiale du médecin demandant un bilan. Si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison avec l'orthoptiste. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription. Les enregistrements visés par le présent article peuvent être également pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie lorsqu'ils				

<p>sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin sans réalisation d'un bilan au préalable.</p> <p>Le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif. Ce bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste qui détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées.</p> <p>L'orthoptiste établit la demande d'entente préalable qui est adressée à la caisse avec un double de la prescription initiale du bilan.</p> <p>L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation du traitement en fonction de son évolution et de l'état de santé du patient. A tout moment, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec l'orthoptiste, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.</p> <p>À l'issue de la dernière séance, l'orthoptiste adresse au médecin prescripteur une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Celle-ci est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.</p>				
Bilan fonctionnel de la basse vision d'une durée de 60 minutes (un bilan par an)	16			
Rééducation de la basse vision avant l'âge de dix-huit ans révolus, d'une durée d'au moins 40 minutes, par séance	10			E
Rééducation de la basse vision de l'adulte d'une durée d'au moins 60 minutes, avec un maximum de dix séances par an	15			E
Cette rééducation est destinée à des patients dont l'acuité visuelle avec la meilleure correction optique est comprise entre 0,02 et 0,3 et/ou dont le champ visuel est supérieur à 5° mais inférieur à 10°.				
<p>Bilan orthoptique dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents, comportant :</p> <p>1. La détermination subjective de l'acuité visuelle.</p> <p>2. La détermination subjective de la fixation.</p> <p>3. Le bilan des déséquilibres oculomoteurs.</p> <p>avec établissement d'un compte rendu tenue à la disposition du service médical, d'une durée d'au moins 30 minutes, par séance, avec un maximum de deux séances par an (sauf accord du service médical)</p>	10			
Un des examens suivants peut être coté en supplément à un bilan: la détermination objective de l'acuité visuelle ou la déviométrie (test de Lancaster et/ou de Hess Weiss et/ou mesure dans toutes les directions) ou l'analyse fonctionnelle des troubles neurovisuels	4			

Enregistrement des examens suivants :				
- périmétrie quantitative, manuelle ou automatisée, accompagnée ou remplacée par une campimétrie	9,5			
- courbe d'adaptation à l'obscurité	9			
- exploration du sens chromatique	6			
- exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score	9			
Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances d'au moins 20 minutes, par séance	5			E
Traitement du strabisme avec maximum de vingt séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes par séance	5			E
Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires avec un maximum de douze séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes, par séance	4			E

CHAPITRE III. - OREILLE

Article premier. - Investigations

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ces investigations doivent comporter la rédaction d'un compte-rendu.				
Prise d'un seuil tonal liminaire et éventuellement supraliminaire quelle que soit la technique utilisée : classique, automatique ou les deux simultanément	10			
Examen audiométrique tonal et vocal	15			
Examen audiométrique spécial de l'enfant	15			
Audiométrie tonale liminaire avec étude de l'impédance acoustique et supraliminaire avec étude de la sensation suivant l'axe du temps par audiométrie classique ou automatique, quel que soit le nombre de tests effectués	25			
Examen labyrinthique	10			
Examen électronystagmographique	30			

Article 2. - Oreille externe

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ablation de bouchon de cérumen ou épidermique uni ou bilatéral	5			
Ablations de bouchons épidermiques, sous anesthésie générale	10			
Ablation de corps étranger non enclavé du conduit auditif-externe	5			
Ablation de corps étranger enclavé du conduit auditif externe	10			
Ablation de corps étranger nécessitant une opération sanglante	30	KCC		
Exérèse d'une tumeur osseuse bénigne oblitérante du conduit auditif externe	60	KCC		
Traitement par curetage d'un othématome important	15	KCC		
Chirurgie corrective bilatérale des oreilles décollées	60	KCC	30	
Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés	120	KCC	40	
Résection simple d'une tumeur maligne de l'oreille externe	20	KCC		
Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	60	KCC		

Article 3. - Oreille moyenne

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Paracentèse du tympan unilatérale	10			
Ablation d'un polype de l'oreille moyenne	10	KC		
Injection transtympanique, avec maximum de quatre	10			
Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse (traitement global)	30			
Traitement des otites chroniques par aspirations sous microscope:				
- la séance (avec maximum de 6 séances)	10			
Mastoïdectomie	80	KCC	30	
Évidement pétro-mastoïdien	120	KCC	50	
Exploration chirurgicale de l'oreille moyenne sous microscope	80	KCC	30	
Myringoplastie simple	80	KCC	30	

Mobilisation de l'étrier	80	KCC	30	
Fenestration, trépanation labyrinthique, platinectomie totale ou partielle reconstitutive	150	KCC	60	
Tympanoplastie (y compris le temps osseux), quelle que soit la technique	150	KCC	60	
Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne	200	KCC	110	

Article 4. - Nerf facial

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par décompression intrapétreuse	120	KCC	40	
Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par greffe intrapétreuse	150	KCC	60	

CHAPITRE IV. - FACE

Article premier. - Nez

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement du rhinophyma par décortication	30	KCC		
Plastie narinaire réparatrice uni ou bilatérale	80	KCC	30	
Traitement chirurgical de la rhinite atrophique unilatérale	60	KCC		
Traitement de la rhinite atrophique uni ou bilatérale par injection de substance plastique	30			
Réduction d'une fracture récente du nez avec appareillage	20			
Rhinoplastie post-traumatique, y compris le traitement de la cloison	100	KCC	30	E
Chirurgie réparatrice de la pyramide nasale avec greffe osseuse ou cartilagineuse, non compris les temps de préparation de lambeaux cutanés	120	KCC	50	E
Ablation d'un corps étranger non enclavé des fosses nasales	5			
Ablation d'un corps étranger enclavé des fosses nasales	10			
Hémostase nasale pour épistaxis	10			

Turbinectomie unilatérale	15	KCC		
Résection de crête de cloison	15	KCC		
Résection ou reposition de la cloison à visée réparatrice	60	KCC		
Traitement d'une synéchie nasale	10			
Traitement d'une oblitération choanale membraneuse unilatérale	20	KCC		
Traitement d'une oblitération choanale osseuse	100	KCC	30	
Traitement d'un hématome ou abcès de la cloison	10	KC		
Traitement d'une polypose nasale unilatérale en une ou plusieurs séances (y compris les récurrences dans les trois mois)	15			
Fermeture autoplastique d'une communication bucco-nasale ou bucco-sinusale	70	KCC	30	

Article 2. - Sinus

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ponction isolée du sinus maxillaire	10			
Lavage de sinus par ponction ou par la méthode de proëtz avec maximum de dix séances	5			
Trépano-ponction du sinus frontal	15			
Traitement par drainage permanent et instillations par voie endonasale d'une sinusite maxillaire	30			
Traitement d'une lésion non maligne du sinus maxillaire, quelle qu'en soit l'origine, par trépanation de la fosse canine	80	KCC	30	
Traitement chirurgical par trépanation externe d'une atteinte infectieuse ou d'une lésion non maligne ethmoïdo-frontale unilatérale	80	KCC	30	
Traitement chirurgical d'un ostéome ethmoïdo-frontal	100	KCC	40	
Traitement d'une pansinusite unilatérale, quelle que soit la voie d'abord	120	KCC	50	E
Traitement chirurgical d'une tumeur maligne des sinus	180	KCC	80	

Article 3. - Traitement de diverses lésions de la face

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision ou drainage filiforme)	10	KC		
Exérèse chirurgicale d'une tumeur maligne suivie de réparation quelle que soit la technique	60	KCC	30	
Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée, quelle que soit la technique	80	KCC	30	
Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face n'intéressant pas l'orbite, par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement du greffon osseux non compris)	80	KCC	30	
Comblement bilatéral de dépressions sous-cutanées oro-faciales liées à une lipodystrophie iatrogène par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement, leur préparation et leur réinjection	120	KCC	60	E
Réinjection bilatérale complémentaire par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement et leur préparation, après un premier traitement pour lipodystrophie iatrogène	30	KCC		E
<p>Injection intradermique de produit de comblement biodégradable dans le comblement des lipoatrophies iatrogènes, par un médecin ayant l'expérience de l'utilisation de l'acide polylactique, dans la limite, par cure, de cinq séances d'injection à intervalle d'un mois chacune, par séance</p> <p>La prise en charge ou le remboursement de l'acte ci-dessus est subordonnée à l'indication suivante : lipoatrophie faciale des patients présentant une infection par le VIH sous antirétroviraux, en traitement de deuxième intention, après échec ou impossibilité de réalisation de la technique de Coleman.</p> <p>En cas d'absence de bénéfice deux mois après la dernière séance d'injection, le traitement est interrompu. S'il est poursuivi, ce traitement n'est pas pris en charge.</p>	30	KC		
Traitement chirurgical d'une collection suppurée de la face, y compris éventuellement les extractions dentaires	40	KCC		
Réfection uni ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse, cartilagineuse, ou par matériau inerte, intéressant l'orbite, l'os malaire, les maxillaires et la mandibule pour lésion congénitale ou ancienne	150	KCC	60	

CHAPITRE V. - BOUCHE - PHARYNX (parties molles)

Article premier. - Lèvres

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Réfection partielle d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme	80	KCC	30	
Réfection totale d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme, en un ou plusieurs temps	120	KCC		
- premier temps			40	
- les autres			25	
Traitement chirurgical de :				
- bec de lièvre unilatéral simple	60	KCC	30	
- bec de lièvre total sans division vélopalatine	80	KCC	40	
- division vélopalatine	100	KCC	40	
- bec de lièvre avec division vélopalatine	120	KCC	50	
Retouche de bec-de-lièvre ou de division vélopalatine, six mois au moins après l'opération principale	30	KCC		

Article 2. - Langue

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Incision d'un abcès de la langue ou du plancher de la bouche par voie buccale	20	KCC		
Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié	10	KC		
Glossectomie partielle correctrice	60	KCC		

Article 3. - Plancher de la bouche

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Incision d'un abcès ou phlegmon de la base de la langue ou du plancher de la bouche par voie sushyoïdienne	40	KCC		
Excision par voie buccale d'un kyste du plancher de la bouche	20	KCC		

Article 4. - Pharynx

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Adénoïdectomie, y compris le traitement éventuel des complications	20	KCC		
Adénoïdectomie plus amygdalectomie chez l'enfant, y compris le traitement éventuel des complications	30	KCC		
Amygdalectomie totale chez l'adulte (à partir de 15 ans)	40	KCC		
Traitement des hémorragies amygdaliennes post-opératoires chez l'adulte	20	KCC		
Électrocoagulation ou cryothérapie des amygdales :				
- chaque séance	5			
- avec un plafond de	30			
Ablation d'un polype choanal	20	KC		
Incision d'un abcès simple de l'amygdale	10	KC		
Incision d'un phlegmon périamygdalien ou rétropharyngien	20	KCC		
Ouverture par voie cervicale d'un abcès latéro-pharyngien	50	KCC		
Pharyngotomie	100	KCC	40	
Réparation d'un pharyngostome sans lambeau pédiculé	50	KCC		
Réparation d'un pharyngostome avec lambeau pédiculé en un ou plusieurs temps (y compris leur préparation)	180	KCC	80	
Pharyngoplastie pour séquelles de fente vélopalatine, quel que soit le procédé	150	KCC	60	

Article 5. - Glandes salivaires

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Injection de substances 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		
- ablation d'un calcul postérieur par dissection complète du canal excréteur	30	KCC		
Traitement opératoire d'une fistule salivaire cutanée	50	KCC		
Traitement chirurgical d'une lésion bénigne d'une glande salivaire autre que la parotide	50	KCC	30	

Ablation d'une lésion de la glande parotide :				
- sans dissection du nerf facial	80	KCC	30	
- avec dissection du nerf facial	150	KCC	70	

Article 6. - Traitement de tumeurs diverses

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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		
Ablation par voie endobuccale de fistules et gros kystes congénitaux	80	KCC	30	
Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne	5			
Résection linguale partielle pour tumeur maligne de la partie mobile de la langue	50	KCC		
Diathermo-coagulation d'une tumeur maligne de la cavité buccale	50	KCC		
- avec électrocoagulation du maxillaire	100	KCC	30	
Tumeur maligne de l'oro-pharynx ou du plancher de la bouche :				
- résection sans curage ganglionnaire	80	KCC	30	
- résection avec curage ganglionnaire	150	KCC	50	
- résection avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire et résection du maxillaire	180	KCC	80	
Fibrome naso-pharyngien	180	KCC	80	
Pharyngectomie avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire	200	KCC	100	
Ablation d'une glande salivaire autre que la parotide pour tumeur maligne	80	KCC	35	
Parotidectomie totale sans conservation du facial et curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire	180	KCC	80	

CHAPITRE VI. - MAXILLAIRES

Article premier.- Fractures

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement des fractures des procès alvéolaires avec conservation des dents mobiles et déplacées - traitement radiculaire non compris	50	KC		
Traitement orthopédique d'une fracture complète sans déplacement (appareillage compris)	60	KC		
Traitement orthopédique d'une fracture complète avec déplacement (appareillage compris)	100	KC	40	
Traitement d'une disjonction cranio-faciale (appareillage compris) :				
- sans déplacement	80	KCC	30	
- avec déplacement	120	KCC	50	
Traitement d'une fracture complète et simultanée des deux maxillaires (appareillage compris)	150	KCC	80	
Traitement sanglant complet par ostéosynthèse des fractures des maxillaires, de l'os malaire ou du zygoma, quelle que soit leur forme anatomique (contention comprise)	100	KCC	40	
Traitement chirurgical d'une pseudarthrose (prélèvement des greffons compris), voir : traitement sanglant complet d'une fracture d'un maxillaire, avec supplément de 50 %.				

Article 2. - Lésions infectieuses

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Curetage et ablation des séquestres pour ostéite et nécrose des maxillaires circonscrites à la région alvéolaire	10	KC		
Curetage et ablation des séquestres pour ostéite ou nécrose du corps maxillaire (radiographie indispensable)	50	KCC		

Article 3. - Malformations et tumeurs

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen	30	KC		

histologique				
Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires ayant entraîné un vaste délabrement osseux	80	KCC	30	
Ostéotomie unilatérale du maxillaire inférieur :				
- par voie exo-buccale	80	KCC	30	
- par voie endobuccale	100	KCC	40	
Ostéotomie segmentaire pour prognathie ou rétrognathie supérieure	150	KCC	60	
Ostéotomie totale pour prognathie ou rétrognathie supérieure (greffe osseuse comprise)	200	KCC	90	
Traitement chirurgical de la prognathie ou rétrognathie inférieure par ostéotomie bilatérale :				
- par voie exo-buccale	150	KCC	60	
- par voie endobuccale	200	KCC	90	
Résection par voie endobuccale d'un segment mandibulaire n'intéressant pas l'os alvéolaire sans interruption de la continuité osseuse	50	KCC		
Résection d'un segment mandibulaire avec interruption de la continuité, quel que soit le procédé (prothèse dentaire éventuelle non comprise)	120	KCC	40	
Résection totale d'un héli-maxillaire inférieur ou du maxillaire supérieur prothèse dentaire éventuelle non comprise)	120	KCC	50	
Endoprothèse de reconstitution du maxillaire, de la mandibule	130	KCC	60	

Article 4. - Articulation temporo-maxillaire

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement orthopédique de luxation uni ou bilatérale récente de la mandibule	5	KC		
Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions de l'articulation temporo-maxillaire, septiques ou aseptiques, quelle que soit la technique	40	KCC		
Méniscectomie unilatérale, résection du condyle	80	KCC	30	
Réduction sanglante de la luxation temporo-maxillaire	80	KCC	30	
Arthroplastie, traitement chirurgical d'une constriction permanente par articulation (endoprothèse non comprise)	100	KCC	50	

Article 5. - Orthopédie dento-faciale

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
La responsabilité de l'assurance maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire.				
Tout 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.				
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			
- avec analyse céphalométrique, en supplément	5			
2° Traitements (entente 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			E
- avec un plafond de	540			E
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			E
L' entente préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins. Cette entente peut porter sur une fraction d'année.				
Le contrôle dentaire peut demander des examens qui seront remboursés dans les conditions habituelles.				
Contention après traitement orthodontique :				
Un avis technique favorable pour la contention ne peut être donné que si le traitement				

a donné des résultats positifs et dans la mesure où il se justifie techniquement :				
- première année	75			E
- deuxième année	50			E
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	180			E
Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :				
- forfait annuel, par année	200			E
- en période d'attente	60			E
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			E
La demande d'entente préalable doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale, motivant l'exécution du traitement				

CHAPITRE VII.- DENTS, GENCIVES

Section I.- SOINS CONSERVATEURS

L' anesthésie locale ou régionale par infiltration pratiquée pour des actes de cette section ne donne pas lieu à cotation.

Article premier - Obturations dentaires définitives

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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)	6 7 (1)			
2° Cavité composée, traitement global intéressant deux faces	9 11 (1)			
3° Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus	15 18 (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). *				
Pulpotomie, pulpectomie coronaire avec obturation de la chambre pulpaire (traitement global)	7 10 (1)			
Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) :				

- Groupe incisivo-canin	10 12 (1)			
- Groupe prémolaires	15 19 (1)			
- Groupe molaires	25 30 (1)			
(1) 2° cotation : dents permanentes des enfants de moins de 13 ans				
5° Restauration d'une perte de substance intéressant deux faces et plus d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	33	SC		
* Pour les actes mentionnés au 4 ci-dessus, les clichés radiographiques, pré-opératoire et post-opératoire, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient.				

Les cotations applicables à compter du **01-07-1998**, qui avaient été fixées par arrêté du **30-05-1997** ont été abrogées par l'arrêté du **26-06-1998**.

Article 2. - Hygiène bucco-dentaire et soins parodontiques

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Détartrage complet sus et sous-gingival (effectué en deux séances au maximum), par séance	12			
Ligature métallique dans les parodontopathies	8			
Attelle métallique dans les parodontopathies	40			
Prothèse attelle de contention quel que soit le nombre de dents ou de crochets	70			
Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, par dent	8			
La prise en charge de l'acte ci-dessus par l'assurance maladie est limitée aux 1re et 2e molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent. Cet acte doit être réalisé en cas de risque carieux et avant le quatorzième anniversaire.				

Sections II.- SOINS CHIRURGICAUX

Article premier. - Extractions

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
L'anesthésie locale ou loco-régionale pour les actes de cette section ne donne pas lieu à cotation.				
Extraction:				

- d'une dent permanente	10	KC		
- de chacune des suivantes au cours de la même séance	5	KC		
Extraction:				
- d'une dent lactéale, quelle que soit la technique	8	KC		
- de chacune des suivantes au cours de la même séance	4	KC		
Extraction d'une dent par alvéolectomie	10	KC		
Lorsque les extractions sont effectuées sous anesthésie générale, les cotations à retenir concernant cette anesthésie sont pour:				
- une à douze extractions				25
- treize et au-dessus				30
Pour les actes qui suivent, une radiographie pré-opératoire est obligatoire :				
Extraction des dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe:				
- La première	40	KC		
- Chacune des suivantes au cours de la même séance	20	KC		
Lorsque les extractions de dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe, sont effectuées sous anesthésie générale, les cotations à retenir concernant cette anesthésie sont:				
- Pour une dent				25
- Pour deux dents ou plus				40
Germectomie pour une autre dent que la dent de sagesse	20	KC		
Extraction d'une dent incluse ou enclavée	40	KC		
Extraction d'une canine incluse	50	KC		30
Extraction d'une odontoïde ou d'une dent surnuméraire incluse ou enclavée	40	KC		
Extraction d'une dent en désinclusion non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	20	KC		
Extraction d'une dent en désinclusion dont la couronne est sous muqueuse en position palatine ou linguale	50	KC		30
Extraction d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche et du menton, sinus)	80	KC		30
Extraction chirurgicale d'une dent permanente incluse, traitement radiculaire éventuel, réimplantation, contention :				
- D'une dent	100	KC		30

- De deux dents	150	KC	40
-----------------	-----	----	----

Article 2. - Traitement des lésions osseuses et gingivales

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Trépanation du sinus maxillaire, par voie vestibulaire, pour recherche d'une racine dentaire	40	KC		
Dégagement chirurgical de la couronne d'une dent permanente incluse	30	KC		
Régularisation d'une crête alvéolaire avec suture gingivale:				
- Localisée, et dans une autre séance que celle de l'extraction	5	KC		
- Étendue à la crête d'un hémimaxillaire ou de canine à canine	15	KC		
- Étendue à la totalité de la crête	30	KC		
Curetage périapical avec ou sans résection apicale (radiographie obligatoire, traitement et obturation du canal non compris)	15	KC		
Exérèse chirurgicale d'un kyste (radiographie obligatoire):				
- Kyste de petit volume par voie alvéolaire élargie	15	KC		
- Kyste étendu aux apex de deux dents et nécessitant une trépanation osseuse	30	KC		
- Kyste étendu à un segment important du maxillaire	50	KC	30	
Dans toutes les interventions sur kystes, la résection apicale et les extractions sont comprises, mais non les traitements des canaux.				
Pour la cure d'un kyste par marsupialisation, les coefficients sont de 50 % des précédents.				
Gingivectomie étendue à un sextant : (de canine à canine, de prémolaire à dent de sagesse)	20	KC		
Traitement d'une hémorragie post-opératoire dans une séance autre que celle de l'intervention	10			

Article 3. - Chirurgie préprothétique (prothèse immédiate non comprise) (entente préalable)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
-----------------------	------	-----	-----	----

Désinsertion musculaire :				
1° D'un vestibule supérieur ou inférieur	40	KCC		E
2° Du plancher de la bouche avec section des mylohyoïdiens	60	KCC		E
3° Approfondissement d'un vestibule par greffe cutanée	40	KCC		E

Section III. - PROTHÈSE DENTAIRE

Article 1er. - Conditions générales d'attribution

1. Conformément aux dispositions de l'article L. 322-6 du code de la sécurité sociale, les assurés n'ont droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.
2. En ce qui concerne le traitement prothétique, les coefficients prévus s'appliquent aux réalisations conformes aux données acquises de la science.
3. Il n'est pas prévu de limitation pour la durée d'usage des prothèses. Leur renouvellement est subordonné à l'usure des appareils ou des dents ou à la modification de la morphologie de la bouche.

Article 2. - Prothèse dentaire conjointe

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1. Couronne dentaire faisant intervenir une technique de coulée métallique, quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation : Le ou les clichés radiographiques pré-opératoires, dont la nécessité médicale est validée scientifiquement, sont conservés dans le dossier du patient.	50			
2. Conception, adaptation et pose d'une infrastructure corono-radulaire métallique coulée à ancrage radulaire (inlay-core) :	57			
3. Conception, adaptation et pose d'une infrastructure corono-radulaire métallique coulée à ancrage radulaire avec clavette (inlay-core avec clavette) :	67			
Les coefficients des deux actes ci-dessus comprennent les coûts de laboratoire.				
4. Dent à tenon, quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation et si la dent à tenon intéresse une dent du groupe incisivo-canin et du groupe prémolaire :	35			
Sont en tout état de cause exclus du remboursement : - les réalisations sur dents temporaires ; - les couronnes ou dents à tenon préfabriquées ; - les couronnes ou dents à tenon provisoires,				

- les couronnes à recouvrement partiel.				
5. Dépose des prothèses conjointes métalliques pour traitement radiothérapique des tumeurs faciales, obturation provisoire comprise, par élément pilier:	18			

Article 3. - Prothèse dentaire adjointe

Par arrêté du 31-12-1999 (JO du 01-01-2000 rectifié au JO du 15-01-2000 page 716) pris pour l'application des articles L 162-9 et L 861-3 du code de la SS, les frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale sont pris en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé dans les limites figurant en annexe à l'arrêté.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
A droit à un appareil de prothèse dentaire adjointe tout bénéficiaire qui présente au moins une dent absente et remplaçable, à l'exception des dents de sagesse.				
Appareillage (appareil compris) au moyen d'un appareil sur plaque base en matière plastique d'un édentement :				
- D'une à trois dents	30			
- De quatre dents	35			
- De cinq dents	40			
- De six dents	45			
- De sept dents	50			
- De huit dents	55			
- De neuf dents	60			
- De dix dents	65			
- De onze dents	70			
- De douze dents	75			
- De treize dents	80			
- De quatorze dents	85			
Nota. - Si les dents absentes sont remplacées par une prothèse conjointe, les cotations à appliquer sont celles prévues pour les prothèses adjointes, telles que mentionnées ci-dessus.				
Supplément :				
- pour plaque base métallique :	60			

- pour dent prothétique contreplaquée sur plaque base en matière plastique :	10			
- pour dent prothétique contreplaquée ou massive sur plaque base métallique :	15			
Réparation de :				
- fractures de la plaque base en matière plastique :	10			
- fractures de la plaque base métallique, non compris, s'il y a lieu, le remontage des dents sur matière plastique :	15			
Dents ou crochets ajoutés ou remplacés sur appareil en matière plastique ou à châssis métallique :				
- premier élément :	10			
- les suivants, sur le même appareil :	5			
Dents contreplaquées ou massives et crochets, soudés, ajoutés ou remplacés sur appareil métallique, par élément :	20			
Dents ou crochets remontés sur matière plastique, après réparation de la plaque base métallique, par élément :	3			
Remplacement de facette :	8			

CHAPITRE VIII. - PROTHÈSE RESTAURATRICE MAXILLO-FACIALE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Appareillage par obturateur (prothèse dentaire éventuelle non comprise) :				
- pour perforation palatine de moins de 1 cm	25			
- pour perte de substance du maxillaire ou de la mandibule (par exemple résection chirurgicale, électrocoagulation) :				
• s'il s'agit d'une prothèse partielle	40			
• s'il s'agit d'une prothèse complète	80			
- pour perte de substance vélopalatine	100			
Prothèse à étages pour résection élargie du maxillaire supérieur (prothèse dentaire non comprise)	150			
Chapes de recouvrement (support de prothèse vélopalatine), par élément	25			
Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé	60			

Appareillage de contention ou de réduction pré-opératoire et post-opératoire du maxillaire ou de la mandibule (résection chirurgicale ou greffe)	130			
Appareillage par mobilisateur du maxillaire inférieur (quel que soit le modèle)	80			
Appareillage par appui péricrânien	60			
Appareillage par appareil guide :				
- sur une arcade	40			
- sur deux arcades	80			
Appareillage de distension des cicatrices vicieuses	80			
Appareil porte-radium ou appareil de protection des maxillaires pour radiations ionisantes	80			
Appareillage de redressement nasal avec point d'appui dento-maxillaire ou péricrânien	140			
Moulage facial	20			
Prothèse plastique faciale (par exemple, du pavillon de l'oreille ou du nez); prise en charge, après entente préalable , suivant devis du praticien traitant.				

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

III/I. - ÉLECTROGUSTOMÉTRIE (E)

Cet acte doit être coté **K 10** par assimilation à examen audiométrique tonale liminaire et éventuellement supra-liminaire

(DNA n° 110 / 73 du [04-10-1973](#))

III/I. - ÉLECTRO-COCHLÉOGRAMME et AUDIO-ÉLECTROENCÉPHALOGRAMME (non compris l'anesthésie générale éventuelle) (E)

Assimilation à
"électro-encéphalogramme", chacun 30.

(DNA n° 110 / 73 du [04-10-1973](#))

III/I. - POTENTIELS ÉVOQUÉS AUDITIFS (E)

Les potentiels évoqués auditifs qui, au moyen d'électrodes placées sur le crâne, enregistrent et mesurent des réponses à des stimulations auditives, peuvent être assimilées à :
"électroencéphalogramme : **30**"

(DNA n° 366 / 80 du [17-06-1980](#))

Un **supplément K 18** peut s'ajouter pour l'étude des temps de propagation nerveuse effectuée en complément de la recherche des potentiels évoqués auditifs (ENSM n° 795 / 83 du [14-12-1983](#) - Modifiée par avenant aux annexes annuelles des spécialistes - JO du [01-08-2000](#). Il n'y a pas eu d'information officielle des praticiens sur la réduction du supplément de K 20 en K 18.)

III/I. - POTENTIELS ÉVOQUÉS SOMESTHÉSIIQUES ET ÉLECTROMYOGRAPHIE

1. Potentiels Somesthésiques (E)

Les potentiels évoqués somesthésiques peuvent être assimilés à :

"Électroencéphalogramme, quel que soit le nombre de chaînes de l'appareil, le temps passé, les procédés "d'activation" utilisés avec un minimum de six plumes : **30**"

(Article 1er - Chapitre I - Titre III)

2. Le **supplément K 18** concerne **exclusivement** l'étude des temps de propagation nerveuse effectuée en complément de la recherche des potentiels évoqués auditifs (ENSM n° 795 / 83 du [14-12-1983](#) - Modifiée par avenant aux annexes annuelles des spécialistes - JO du [01-08-2000](#). Il n'y a pas eu d'information officielle des praticiens sur la réduction du supplément de K 20 en K 18.)

3. Lorsque **plusieurs Potentiels Évoqués** sont pratiqués la règle de l'Article 11 B s'applique pleinement, exception faite du supplément éventuel.

4. En **Électromyographie** il est licite de pratiquer lors d'un même séance pour des affections neurologiques ou rhumatologiques sévères : un électromyogramme (coté **K 27**), un examen de stimulodétection (coté **K 18**) et une mesure de la vitesse de conduction sensitive (également cotée **K 18**). En revanche, **il n'y a pas d'intérêt de faire en plus une chronaximétrie.**

5. Lorsque plusieurs actes d'électromyographie sont pratiqués dans la même séance ils ne font pas l'objet d'une minoration par exception à la règle de l'Article 11 B des Dispositions Générales. **En revanche, si un autre acte s'ajoute à ceux-ci ce dernier est divisé par deux en application de la disposition citée supra.**

(DNA n° 1502 / 85 du [20-03-1985](#))

(Modifiée par avenant aux annexes annuelles des spécialistes - JO du [01-08-2000](#))

III/III. - ABLATION d'une TUMEUR du CONDUIT AUDITIF INTERNE par VOIE SUSPÉTREUSE sous MICROSCOPE

Assimilation à

"traitement d'une tumeur de l'orbite par voie intra-crânienne" : **200 KCC.**

(DNA n° 110 / 73 du [04-10-1973](#))

III/III. - NEURECTOMIE VESTIBULAIRE ou COCHLÉO-VESTIBULAIRE avec ABLATION du GANGLION de SCARPA dans le CONDUIT AUDITIF INTERNE par VOIE SUSPÉTREUSE sous MICROSCOPE

Assimilation à

"traitement d'une tumeur de l'orbite par voie intra-crânienne" : **200 KCC**.

(DNA n° 110 / 73 du [04-10-1973](#))

III/III. - DÉCOMPRESSION CHIRURGICALE du NERF FACIAL dans sa PREMIÈRE PORTION AVEC ou SANS ABLATION du GANGLION GÉNICULÉ par VOIE SUSPÉTREUSE sous MICROSCOPE

Assimilation à

"traitement d'une tumeur de l'orbite par voie intra-crânienne" : **200 KCC**.

(DNA n° 110 / 73 du [04-10-1973](#))

III/III. - IMPÉDANCIEMÉTRIE AVEC RÉFLEXES STAPÉDIENS (E)

Cet examen ne figure pas isolément à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels mais inclus dans l'Audiométrie tonale liminaire cotée K 25 à l'Article 1er , Chapitre III du Titre III de la NGAP.

Eu égard à l'intérêt que cet examen présente, même quand il est fait isolément, notamment pour suivre l'évolution d'une otite séreuse chez le jeune enfant, en évitant un audiogramme, cotation **K 10** par assimilation à :

"Examen labyrinthique : **10**

(Article 1er , Chapitre III , Titre III de la NGAP)

Cette décision annule tout avis antérieur.

(DNA n° 4942 / 84 du [05-07-1984](#))

III/IV. - RHINOMANOMÉTRIE ANTÉRIEURE PASSIVE (RAP) ou "TEST de PROVOCATION par VOIE NASALE" (E)

Cet examen permet de mesurer la pression nasale et ses variations aux épreuves de provocation par aérosolisation d'allergènes au niveau de la muqueuse nasale.

Il est indiqué, lorsque, en dépit de signes cliniques suggestifs, les tests cutanés sont négatifs; ou lorsqu'il y a une polysensibilisation cutanée.

La RAP doit s'accompagner d'un compte-rendu précisant le seuil de réactivité, et doit durer au minimum une demi-heure.

Assimilation à

"inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en injection intra-dermique avec compte-rendu (maximum 3 séances)" : 15.

(DNA n° 401 / 80 du [08-10-1980](#))

III/IV. - SINUSCOPIE ou SINUSOSCOPIE au MOYEN d'un FIBROSCOPE (E)

Examen aidant au diagnostic des tumeurs endosinusiennes peut être coté K 30 ou K 40 si une biopsie est pratiquée par assimilation à :

"médiastinoscopie, oesophagoscopie, oesofibroscopie, bronchoscopie K 30, avec biopsie K 40.

(Titre VII - Chapitre IV)

AREK 25 pour l' anesthésie générale si elle est employée.

(DNA n° 676 / 677 / 85 du [04-02-1985](#))

III/IV. - ÉVIDEMENT de l'ETHMOÏDE

Cet acte n'est plus guère effectué actuellement. Au cas où quelques praticiens le pratiqueraient encore, cotation retenue par assimilation à :

"résection ou reposition de la cloison" : KCC 60 (AREK 25).

(DNA n° 1452 / 72 du [05-07-1972](#))

III/IV. - TRÉPANATION du SINUS SPHÉNOÏDAL par VOIE ETHMOÏDIENNE ISOLÉE (RARISSIME)

Assimilation à

"résection ou reposition de la cloison" : 60 KCC (AREK 25).

Effectuée dans le cadre du traitement d'une pan-sinusite, elle ne donne pas lieu à cotation supplémentaire.

(DNA n° 1452 / 72 du [05-07-1972](#))

III/IV. - TRÉPANATION CHIRURGICALE de la PAROI ANTÉRIEURE ou INFÉRIEURE du SINUS FRONTAL pour TRAITEMENT de la SINUSITE FRONTALE

Assimilation à

"traitement des lésions non malignes du sinus maxillaire" : KCC 80 (AREK 30).

Effectuée dans le cadre du traitement d'une pan-sinusite, elle ne donne pas lieu à cotation supplémentaire.

(DNA n° 1452 / 72 du 05-07-1972)

III/IV. - TRAITEMENT de TOUTE LÉSION NON MALIGNNE du SINUS FRONTAL par TRÉPANATION CHIRURGICALE DE LA PAROI ANTÉRIEURE OU INFÉRIEURE DU SINUS FRONTAL

Même assimilation KCC 80 (AREK 30).

(DNA n° 1452 / 72 du 05.07.72)

DIRECTIVES NATIONALES D'ASSIMILATION DENTAIRES (E = entente préalable)

Ces assimilations accordées par DNA antérieurement à l'arrêté du 09-08-1985 sont soumises à la procédure de l'EP. Par application du décret n° 2001 - 532 du 20-06-2001 le silence gardé pendant plus de 15 jours vaut décision d'acceptation.

Les dispositions tarifaires applicables aux assimilations sont celles prévues par la convention (article 21).

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
<p>Nota:</p> <p>1° Si l'exécutant des actes assimilés est un médecin, les lettres-clés D et DC doivent être remplacées par les lettres-clés K et KC, les lettres-clés SC, SPR et TO par les lettres-clés SCM, PRO et ORT.</p> <p>2° Par exception aux règles définies dans les dispositions générales de la Nomenclature, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de dix jours vaut rejet de la demande.</p>				
<p>Frénectomie excision du frein labial Assimilation à Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié de la langue.</p>	10	DC		E
<p>Réduction sanglante simple d'une fracture du zygoma Assimilation à Traitement des fractures des procès alvéolaires.</p>	50	DC		
<p>Pose d'une ligature sur une dent haut située sous-muqueuse (incisive ou canine) en vue d'un traitement d'ODF Assimilation à Extraction d'une dent en désinclusion non enclavée dont la couronne est sous-muqueuse. Cette assimilation n'est applicable que si l'intervention est faite par un praticien autre que celui qui pratique (ou pratiquera) le traitement d'ODF.</p>	20	DC		E
<p>Plaque palatine pour l'obturation de la division palatine chez le nourrisson Assimilation à Appareillage par obturateur pour perforation palatine de moins de un centimètre, quelle</p>	25	D		E

que soit l'importance de la lésion. Renouvelable jusqu'à l'intervention chirurgicale réparatrice. Quelle que soit la dimension de la fente.				
Dent prothétique massive sur plaque base en matière plastique Assimilation à dent prothétique contre-plaquée.	10	SPR		E
Mise en place et contention d'une dent permanente expulsée par traumatisme Assimilation à Attelle métallique dans les parodontopathies. La cotation globale comprend les soins post-opératoires et la surveillance.	40	SC		E
Traitement symptomatique du syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire Assimilation à Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé. Un diagnostic complet associé à un plan de traitement doit être joint à la demande d'assimilation.	60	D		E
Appareil anti-bavage Assimilation à Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé.	60	D		E
Gouttières pour application de gel fluoré en prévention des accidents radiothérapeutiques, par arcade L'assimilation n'est acceptable que dans le cas d'une radiothérapie de la sphère oro-pharyngée.	30	D		E
Rééducation des articulations temporo-mandibulaires, par séance Assimilation à Rééducation des petites articulations	4	D		E

TITRE IV. - ACTES PORTANT SUR LE COU

CHAPITRE I. - TISSU CELLULAIRE, MUSCLES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Incision et drainage d'un adénophlegmon cervico-facial	20	KCC		
Traitement opératoire du torticolis par ténotomie sous-cutanée	15	KCC		
- suivie de la confection d'un appareil plâtré	40	KCC		
Scalénotomie	40	KCC		
Ablation de fistules et gros kystes congénitaux	80	KCC	30	

CHAPITRE II. - LARYNX

Article premier. - Actes de diagnostic et chirurgicaux

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Étude isolée de la mobilité pharyngo-laryngée lors de la phonation, quelle que soit la technique utilisée et le nombre d'épreuves effectuées	10			
Laryngoscopie directe en suspension, avec biopsie(s) éventuelle(s), sous anesthésie générale	30		30	
Épluchage du larynx sous laryngoscopie directe en suspension, sous anesthésie générale	50	KC	30	
Nasofibrolaryngoscopie	15			
Supplément pour biopsie(s) éventuelle(s)	5			
Panendoscopie des voies aérodigestives supérieures effectuée en salle d'opération, pour le bilan d'une lésion néoplasique, comprenant l'étude du larynx dans ses trois étages, l'étude de la trachée et de l'oesophage jusqu'au cardia et éventuellement l'étude des sinus, avec biopsie(s) éventuelle(s)	60		40	
Dilatation laryngée, par séance	10			
Ouverture d'une collection endolaryngé ou périlaryngé par les voies naturelles	20	KC		
Ablation d'un polype du larynx par les voies naturelles	40	KC		
Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx ou du larynx	20	KC		
Traitement chirurgical par voie externe des sténoses laryngo-trachéales et des paralysies laryngées	150	KCC	60	
Thyrotomie	80	KCC	30	
Laryngectomie partielle	100	KCC	40	
Laryngectomie totale ou sus-glottique	180	KCC	80	
Pharyngolaryngectomie avec curage ganglionnaire	250	KCC	130	
Pharyngolaryngectomie avec curage ganglionnaire bilatéral	310	KCC	165	
Injection de produit opaque pour laryngographie	10			

Article 2. - Rééducation de la voix, du langage et de la parole

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'entente préalable ;				
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. L'orthophoniste établit une demande d'entente préalable. À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur. Si, à l'issue : - des 50 premières séances pour les rééducations individuelles cotées de 5 à 12,1 ou de groupe ; - des 100 premières séances pour les actes cotés 13 à 15, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan. Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande. Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles				
I. Bilan avec compte rendu écrit obligatoire				
Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles	16			
Bilan de la phonation	24			
Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit	24			
Bilan du langage écrit	24			
Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique	24			
Bilan des troubles d'origine neurologique	30			
Bilan du bégaiement	30			
Bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, IMC, autisme, maladies génétiques)	30			

En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %.			
2. Rééducation individuelle (entente préalable)			
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 :			
Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	5		E
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance	8		E
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance	8		E
Rééducation de la déglutition atypique, par séance	8		E
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	8		E
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	10		E
Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration, par séance	10		E
Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance	10		E
Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	10		E
Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance	10		E
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	10		E
Éducation à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme par séance	10		E
Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance	10,1		E
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	10,2		E
Rééducation des troubles de l'écriture par séance	10		E
Rééducation des retards de parole des retards du langage oral, par séance	12,1		E
Rééducation du bégaiement, par séance	12		E
Éducation précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	12		E
Éducation ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	12		E
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale, par séance	12		E
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme, par séance	12		E
Éducation ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance	12		E
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12		E

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière				
La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur				
Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes	13			E
Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	15			E
Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	15			E
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance	15			E
Démütisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15			E
Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15			E
3. Rééducation nécessitant des techniques de groupe (entente préalable)				
Cette rééducation doit être dispensée à raison d'au moins un praticien pour quatre personnes. Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.				
Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum :				
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	5			E
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	5			E
Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance	5			E
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	5			E
Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance	5			E
Rééducation du bégaiement, par séance	5			E
Éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	5			E
Rééducation des dysphasies, par séance	5			E
Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	5			E
Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	5			E
Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, par séance	5			E

Démütisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5			E
Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5			E

CHAPITRE III. - CORPS THYROÏDE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Hémithyroïdectomie partielle	60	KCC	30	
Hémithyroïdectomie totale	80	KCC	40	
Thyroïdectomie totale	120	KCC	50	
- avec évidement ganglionnaire	150	KCC	70	
Parathyroïdectomie unilatérale	100	KCC	40	

CHAPITRE IV. - TRACHÉE - OESOPHAGE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Intubation trachéale isolée en dehors d'une intervention chirurgicale	10			
Intubation trachéo-bronchique sélective pour une intervention chirurgicale endothoracique, en supplément	20	KC		
Trachéotomie, trachéostomie, traitement chirurgical d'une plaie de la trachée	50	KCC		
Oesophagotomie, oesophagostomie, traitement chirurgical d'une fistule oesophagienne	80	KCC	30	
Réséction d'un diverticule cervical de l'oesophage	100	KCC	30	
Ph-métrie oesophagienne courte avec épreuves de provocation éventuelles (durée minimale deux heures)	35			
Cet acte n'est pas cumulable avec la manométrie oesophagienne				
Ph-métrie oesophagienne prolongée avec épreuves de provocation éventuelle (durée minimale douze heures)	45			
Cet acte n'est pas cumulable avec la manométrie oesophagienne				
Manométrie oesophagienne	35			

Cet acte n'est pas cumulable avec la Ph-métrie oesophagienne				
Dilatation oesophagienne sous contrôle endoscopique	50	K	30	
Sclérose de varices oesophagiennes sous contrôle endoscopique	50	K	30	

TITRE V. - ACTES PORTANT SUR LE RACHIS OU LA MOELLE ÉPINIÈRE

Article premier. - Traitement neuro-chirurgical des affections intra-rachidiennes

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Lésions expansives rachidiennes et intra-rachidiennes				
Corpectomie vertébrale avec reconstruction	250	KCC	110	
Exérèse d'une lésion expansive épidurale (plus ou moins vertébrale)	150	KCC	80	
Exérèse d'une lésion expansive intra-durale, extra-médullaire	180	KCC	80	
Exérèse d'une lésion intra-médullaire (inférieure ou égale à quatre métamères)	300	KCC	130	
Exérèse d'une lésion intra-médullaire (supérieure à quatre métamères)	450	KCC	150	
Ponction d'un kyste intra-médullaire	150	KCC	50	
Exérèse d'une lésion expansive géante de la queue de cheval	400	KCC	130	
Exérèse d'une lésion expansive en sablier	250	KCC	110	
2° Lésions vasculaires de la moelle				
Traitement d'une malformation artérioveineuse médullaire	400	KCC	130	
Évacuation d'un hématome intra-rachidien	150	KCC	60	
3° Traumatismes vertébro-médullaires				
Mise en place d'une traction cervicale (étrier, halo)	50	KC		
Réduction non sanglante d'une luxation vertébrale	60	KC		
Ostéosynthèse vertébrale par plaques, tiges ou crochets	150	KCC	60	
4° Malformations vertébro-médullaires				
Traitement d'une cavité syringomyélique (ponction, drainage)	150	KCC	60	
Traitement d'une malformation de la charnière cranio-cervicale (voie postérieure)	200	KCC	90	

Traitement d'une malformation de la charnière craniale-cervicale (voie transorale)	300	KCC	130	
Traitement d'une myélo-méningocèle (spina bifida)	150	KCC	90	
Traitement des fistules sacrococcygiennes	60	KCC		
5° Lésions disco-vertébrales dégénératives (quel que soit le nombre d'étages contigus traités)				
Hernie discale lombaire (traitement chirurgical)	120	KCC	60	
Hernie discale lombaire (chimio-nucléolyse percutanée)	40	KC		
Hernie discale dorsale (voie postérieure ou postéro-latérale)	150	KCC	60	
- Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50	KCC		
Hernie discale dorsale (voie antérieure ou antéro-latérale)	200	KCC	90	
- Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50	KCC		
Hernie discale cervicale (molle ou cervicarthrosique)	150	KCC	60	
- Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50	KCC		
Laminectomie pour sténose du canal cervical portant sur au moins trois niveaux (avec ou sans hernie)	150	KCC	70	
Supplément pour pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris le prélèvement du greffon)	50	KCC		
Laminectomie pour sténose du canal lombaire portant sur au moins deux niveaux (avec ou sans hernie)	150	KCC	70	
Supplément pour pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris le prélèvement du greffon)	50	KCC		

Article 2. - Actes portant sur le rachis

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les coefficients de cet article ne se cumulent pas avec ceux de l'article premier ci-dessus.				
Discographie d'un disque	20			
Réduction d'une scoliose par manoeuvre orthopédique (appareil plâtré compris), chaque séance	40			
Abord des lésions rachidiennes par voie postérieure :				
- Sans greffon ni ostéosynthèse	120	KCC	50	

- Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	150	KCC	70	
Abord des lésions rachidiennes par voie antérieure ou antéro-latérale :				
- Sans greffon ni ostéosynthèse	150	KCC	50	
- Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	200	KCC	70	
Traitement chirurgical d'une scoliose ou d'une cyphose avec réduction et fixation, y compris le prélèvement éventuel du greffon:				
- Sans ostéosynthèse	200	KCC	100	
- Avec ostéosynthèse	250	KCC	110	
Traitement d'une scoliose et/ou d'une cyphose, avec réduction, fixation et ostéosynthèse, portant sur au moins cinq niveaux vertébraux, y compris le prélèvement éventuel du greffon	300	KCC	180	
Traitement chirurgical complet du spondylolisthésis (comprenant au minimum la résection de l'arc postérieur, la réduction, l'ostéosynthèse et la fusion intersomatique), y compris la prise de greffon, la laminectomie éventuelle et la libération des racines	250	KCC	110	
Extraction d'un corps étranger intrarachidien	120	KCC	50	
Ablation isolée du coccyx	10	KCC		
Injection épidurale	8			

COTATION(S) PROVISOIRE(S) MINISTÉRIELLE(S)

V/1/5. - COTATION PROVISOIRE de la DISCECTOMIE PERCUTANÉE EN NEURO-CHIRURGIE (E)

La Commission Permanente de la Nomenclature générale des actes professionnels a formulé, dans le cadre des propositions de révision des actes de neuro-chirurgie, la cotation provisoire de l'acte visé en objet.

En application du deuxième alinéa de l'article 4 de la Première Partie de la Nomenclature générale des actes professionnels, j'autorise pour une **période d'un an renouvelable** la cotation provisoire suivante :

- "Discectomie percutanée : **80 KC 40**"

(Cotation provisoire ministérielle Bureau 3A/182 du [06-06-1989](#) transmise par lettre ENSM Dr YR/Dr SA/EG n° 3020 / 89)

TITRE VI. - ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE SUPÉRIEUR

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les cotations comprennent l'appareillage post-opératoire éventuel. Les clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis.				
Extirpation d'un os du carpe	40	KCC		
Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	60	KCC		
Ablation de la clavicule	50	KCC		
Ablation de l'omoplate	60	KCC		
Amputation inter-scapulo-thoracique	150	KCC	60	
Traitement chirurgical du syndrome de Volkmann	120	KCC	50	
Plasties ou transpositions musculaires pour séquelles spastiques ou paralytiques de l'épaule, du coude	120	KCC	40	
Main				
Ablation d'un ongle	10	KC		
Ablation d'exostose sous-unguéale	20	KC		
Excision d'un panaris	10	KC		
Traitement chirurgical d'un phlegmon profond de la main	20	KCC		
Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digitales	40	KCC		
Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digito-carpiennes	60	KCC		
Sutures primitives des tendons de la main (y compris le traitement de la plaie),				
Lésion de tendons extenseurs :				
- un doigt	50	KCC		
- deux doigts	70	KCC	30	
- trois doigts ou plus	80	KCC	30	
Lésion des tendons fléchisseurs :				
- un doigt	60	KCC		
- deux doigts	80	KCC	30	
- trois doigts ou plus	100	KCC	30	
Rétablissement secondaire de la fonction après section des tendons quel que soit le				

procédé :				
Tendons extenseurs :				
- un doigt	60	KCC		
- deux doigts	90	KCC	30	
- trois doigts ou plus	120	KCC	40	
Tendons fléchisseurs :				
- un doigt	100	KCC	30	
- deux doigts	120	KCC	40	
- trois doigts ou plus	150	KCC	50	
Ténolyse des tendons extenseurs :				
- un doigt	60	KCC		
- deux doigts	80	KCC		
- trois doigts ou plus	100	KCC	30	
Ténolyse des tendons fléchisseurs :				
- un doigt	80	KCC		
- deux doigts	100	KCC		
- trois doigt ou plus	120	KCC	30	
Doigt à ressort	30	KCC		
Synovectomie totale d'une ou plusieurs gaines des extenseurs ou des fléchisseurs	100	KCC	30	
Cette cotation n'est cumulable ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé ni avec celle de la libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien, figurant au chapitre VI du titre II.				
Suture d'un ou plusieurs ligaments	20	KCC		
Ligamentoplastie :				
- un ligament	40	KCC		
- deux ligaments	50	KCC		
- trois ligaments ou plus	70	KCC		
Chirurgie réparatrice des articulations des doigts (ligamentoplastie, arthrolyse, ou arthroplastie, etc.) pour rhumatisme, traumatisme fermé ou ancien, etc. :				
- une articulation	50	KCC		

- deux articulations	60	KCC		
- trois articulations	70	KCC	30	
Arthrodèse d'un doigt :				
- une articulation	40	KCC		
- deux articulations	50	KCC		
- trois articulations	70	KCC	30	
Arthrodèse intermétacarpienne	60	KCC		
Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un doigt	10	KCC		
Dans le cas d'amputation ou de désarticulation simultanée portant sur plusieurs doigts, la première opération est cotée intégralement, la suivante fait l'objet d'une demi-cotation et les autres ne sont pas cotées.				
Traitement chirurgical des lésions palmaires ou digitales aponévrotiques ou cutanées de la maladie de Dupuytren	120	KCC	40	
- à l' exclusion de l'aponévrotomie simple	60	KCC		
Traitement chirurgical de la syndactylie (greffe comprise):				
- une commissure	80	KCC		
- deux commissures	100	KCC	30	
Phalangisation d'un métacarpien	80	KCC	30	
Pollicisation d'un doigt	180	KCC	50	
Transposition d'un doigt en dehors de la pollicisation	100	KCC	30	

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

VI. - EXPLORATION et NEUROLYSE du PLEXUS BRACHIAL dans le traitement des fibroses plexiques consécutives à la radiothérapie de certains cancers du sein

Assimilation à

"résection caténaire ou ganglionnaire en général : **120 KCC 60**"

(Titre II - Chapitre VI - Alinéa 2)

(DNA n° 195 / 75 du 18-11-1975)

VI. - EXPLORATION MICROCHIRURGICALE DU PLEXUS BRACHIAL

Cette intervention longue et délicate peut être notée de la même manière que la réimplantation d'un segment de membre (**KCC 353**) par référence à la DNA n° 7869 / 84 du 11-12-1984 (1°)

(DNA n° 1074 / 85 du 26-02-1985)

Remarque : cette cotation ne s'applique pas à l'exploration microchirurgicale des troncs nerveux issus du plexus brachial.

(RDD du MCN du 18-04-1996)

La cotation **KCC 353** porte non seulement sur le temps exploratoire, mais aussi sur la réparation des lésions du plexus brachial, dont le diagnostic est forcément porté avant l'intervention.

VI. - MICROCHIRURGIE RÉPARATRICE des MEMBRES

RÉIMPLANTATION ou AUTOTRANSPLANTATION MICRO-CHIRURGICALE d'un MEMBRE, d'un SEGMENT de MEMBRE, d'un DOIGT ou d'un ORTEIL quel que soit le nombre de micro-anastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées :

Cotation : **353 KCC** par assimilation à

"pollicisation d'un doigt" : 180 KCC 50

(Titre VI de la NGAP)

+

"rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique" : 3/4 x 150 KCC 70

(Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 2)

+

"greffe nerveuse en un ou deux temps" : 1/2 x 120 KCC 60

(Titre II - Chapitre VI)

soit au total :

- pour le chirurgien : 180 KCC + 113 KCC + 60 KCC = 353 KCC,

- pour l'anesthésiste : 50 KC + 52,5 KC + 30 KC = 132,5 KC (**Remarque ENSM n° 1261 / 2000 du 16-05-2000 : Il est possible d'accepter la cotation ARE KC 140 suivant les dispositions de l'article 11 B qui stipule que l'acte le plus important est mis en avant soit : 70 KC + 3/4 KC 60 + 1/2 KC 50**)

AUTOTRANSPLANTATION MICRO-CHIRURGICALE LIBRE de PEAU et de MUSCLE et/ou d' OS quel que soit le nombre de micro-anastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées:

Cotation : 290 KCC par assimilation à :

"rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique, en cas de suppression définitive du tronc vasculaire principal, endartériectomie:

150 KCC 70", (Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 2)

+

"greffe nerveuse en un ou deux temps : 120 KCC 60",
(Titre II - Chapitre VI)

+

"autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, quelle que soit la surface : 100 KCC 25",
(Titre II - Chapitre I)

soit au total :

- pour le chirurgien : $150 \text{ KCC} + (3/4 \times 120 \text{ KCC}) + (1/2 \times 100 \text{ KCC}) = 290 \text{ KCC}$,

- pour l'anesthésiste : $\text{KC } 70 + (3/4 \times \text{KC } 60) + \text{K } 25 = 127,5 \text{ KC}$.

Les autoplasties par lambeau musculo-cutané sont cotées KCC 150 depuis la lettre circulaire n° 4406 du 08-06-1984.

(DNA n° 7869 / 84 du [11-12-1984](#) n° 23 / 84)

VI. - FABRICATION ET APPLICATION D'ORTHÈSES STATIQUES et DYNAMIQUES des MAINS et des DOIGTS (E)

La confection et l'application d'une orthèse dynamique de main et doigt par un praticien (médecin) quels que soient le matériau utilisé et le nombre de doigts intéressés, peut être cotée K 40 par assimilation à :

"appareillage par appareil guidé sur une arcade".
(Titre III - Chapitre VIII)

La confection et l'application d'une **orthèse statique de main et doigt** par un praticien (médecin), quels que soient le matériau utilisé et le nombre de doigts intéressés, peut être cotée **K 20** par assimilation à :

"Moulage facial" (chapitre VIII - Titre III).

(DNA n° 2501 / 85 du [09-05-1985](#))

(ENSM n° 1467 / 96 du [30-10-1996](#)).

NB : Le terme "praticien" recouvre uniquement un médecin

(RDD du MCN du [05-02-1997](#))

TITRE VII. - ACTES PORTANT SUR LE THORAX

CHAPITRE I. - SEIN

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Galactographie	15			
Drainage d'un abcès profond du sein	20	KC		
Plastie d'un sein pour hypertrophie	100	KCC	40	
Ablation d'une tumeur bénigne du sein sous anesthésie locale	30	KC		
Mastectomie partielle ou totale	50	KCC		
Mastectomie partielle ou totale avec curage axillaire	100	KCC	60	
- même intervention avec curage mammaire interne, en supplément	30	KCC	15	
- même intervention avec curage sus-claviculaire, en supplément	30	KCC	15	
Reconstruction du sein avec lambeau cutané	100	KCC	40	
Reconstruction du sein avec lambeau musculo-cutané du grand droit de l'abdomen y compris la lipectomie éventuelle de la paroi abdominale et la réparation musculo-aponévrotique	205	KCC	110	
Reconstruction du sein avec lambeau musculo-cutané du grand dorsal	150	KCC	60	
Ces trois actes ne sont pas cumulables entre eux				
Reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire	60	KCC	30	
Traitement chirurgical de l'ombilication du mamelon	30	KCC		
Remodelage du sein controlatéral	100	KCC	40	
Pose d'un repère pour micro-calcification(s), détectée(s) par mammographie incluant l'hameçon	20			
Mise en place d'une prothèse mammaire (après mastectomie ou agénésie mammaire) ou remplacement d'une prothèse mammaire dont l'ablation est liée à un état pathologique	60	KCC	30	E
Le remplacement inclut, par définition, l'ablation d'une ancienne prothèse.				
Ablation liée à un état pathologique d'une prothèse mammaire, sans remplacement	45	KCC	30	E
Macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif...), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage échographique. L'indication doit être posée par une unité de concertation pluridisciplinaire. Pour cet acte, l'article 11 B des dispositions générales ne s'applique pas pour l'échoguidage	22 40	KE K		

CHAPITRE II. - PAROI THORACIQUE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Extirpation d'un abcès froid thoracique, avec ou sans résection d'une côte	60	KCC		
Traitement en un ou plusieurs temps des anomalies régionales de la paroi thoracique (type en carène ou en entonnoir, etc.)	180	KCC	70	
Traitement par procédés non sanglants des traumatismes fermés graves du thorax, à l'exclusion des actes de réanimation et d'assistance respiratoire	40	KC		
Résection totale ou partielle d'une côte (sauf la première)	30	KCC		
Résection totale ou partielle de la première côte	60	KCC	30	
Pleurectomie, pariéctomie, thoracoplastie, plasties pour réfection pariétale, chaque temps	100	KCC	30	
Myoplastie étendue avec mobilisations musculaires multiples	180	KCC	70	
Création d'une cavité pariétale pour pneumothorax ou plombage	100	KCC	50	

CHAPITRE III. - PLÈVRE - POUMONS

Article premier. - Explorations fonctionnelles respiratoires

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Toutes les cotations ci-dessous comprennent la rédaction de conclusions ; le contrôle médical a le droit d'exiger du médecin la communication des tracés et doit les lui renvoyer.				
La mesure de l'oxymétrie et de la capnimétrie réalisée par autotest(s) ne peut donner lieu à cotation.				
Mesures isolées de l'oxymétrie et de la capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris) précisant, outre les résultats, les indications de l'examen et l'origine du prélèvement, avec un maximum de deux cotations par jour	19			

Spirographie complète avec mesures multiples de la capacité vitale, du VEMS, détermination du volume résiduel de la ventilation maximale et de la consommation du volume d'oxygène et éventuellement épreuve pharmacodynamique qualitative	30			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	45			
Même examen que la spirographie complète sans mesure du volume résiduel	18			
Même examen que le précédent avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	35			
Épreuve quantitative aux agents pharmacodynamiques ou de provocation aux allergènes comportant une mesure du seuil de réactivité	22			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	36			
Épreuve d'exercice de trois à dix minutes à puissance constante et mesurable, avec enregistrement de la ventilation et de la consommation d'oxygène avant, pendant et après l'exercice	18			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	32			
Exercice de quinze minutes ou plus, à puissance constante et croissante, avec période témoin de cinq minutes avant et période de récupération de cinq minutes, avec enregistrement de la ventilation, de la consommation d'oxygène et du rejet de CO ² pendant l'épreuve	36			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	50			
Mesure du transfert du CO en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration	18			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	32			
Mesure du transfert du CO en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration, avec épreuve d'exercice	27			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	40			
Mesure de la ventilation alvéolaire et étude des échanges pulmonaires par prélèvement	36			

simultané du gaz expiré et de sang artériel (prélèvements et dosages compris)				
Adaptation à l'oxygénothérapie dans le cadre d'une insuffisance respiratoire chronique grave: mise en route et surveillance au cours des vingt-quatre premières heures, avec un minimum de deux mesures de l'oxymétrie et de la capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	36			
Étude de la mécanique ventilatoire:				
Par barographie oesophagienne comportant l'établissement de courbes volume-pression, avec étude des propriétés statiques du poumon, mesure de la compliance dynamique et du travail ventilatoire	27			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	40			
Par pléthysmographie de la ventilation pulmonaire y compris mesure des volumes, des débits, de la capacité résiduelle fonctionnelle et de la résistance des voies aériennes, y compris éventuellement la spiropgraphie complète	40			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	55			
Par la mesure de la résistance des voies aériennes, par l'interruption du courant aérien ou par oscillation	15			
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	30			

Article 2. - Examens des troubles du sommeil

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les examens des troubles du sommeil sont pris en charge dans le cadre du diagnostic, du contrôle et de l'adaptation du traitement du syndrome des apnées du sommeil et, en ce qui concerne l'enregistrement polysomnographique, dans le cadre du diagnostic de la narcolepsie, avec ou sans cataplexie. Ils comprennent trois heures minimum d'enregistrement comportant la totalité des voies interprétables simultanément.				
Ils font l'objet d'un compte rendu adressé au contrôle médical sur sa demande; un archivage du signal brut est réalisé.				
L'appareillage permet le scorage et la rectification de l'analyse automatique.				

Un examen de contrôle peut être effectué à l'issue d'un délai de trois mois. Un examen annuel de contrôle peut être éventuellement pris en charge.				
Tout examen supplémentaire, motivé par une évolution clinique inhabituelle, doit faire l'objet d'une demande d'entente préalable				
Enregistrement polygraphique ventilatoire	43			
Enregistrement nocturne d'une durée minimale de six heures, associant une mesure de la saturation artérielle en oxygène effectuée par oxymétrie, une mesure du flux aérien naso-buccal, une mesure des efforts respiratoires et éventuellement une mesure de la position corporelle.				
Le compte rendu doit comporter la durée d'enregistrement (heures de début et de fin), le nombre d'apnées et d'hypopnées par heure (durée moyenne et durée maximale), le pourcentage respectif des événements obstructifs, centraux et mixtes, le nombre de désaturations, la saturation minimum, le temps passé avec une saturation inférieure à 90 %				
Enregistrement polysomnographique	71			
Outre les enregistrements prévus dans le cadre de la polygraphie, cet examen doit comporter un électroencéphalogramme (une dérivation), un électro-oculogramme (une dérivation), un électromyogramme (une dérivation).				
Le compte rendu doit mentionner, en sus des éléments indiqués pour l'examen polygraphique ventilatoire, le temps total de sommeil, les pourcentages respectifs des différents stades, le nombre d'éveils et le nombre de changement de stade.				

Article 3. - Actes de chirurgie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Création, insufflation ou exsufflation de pneumothorax	10			
Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique)	4			
Pleuroscopie (à but diagnostique ou thérapeutique)	40			
Symphyse provoquée (y compris la pleuroscopie et suites opératoires)	40	KC		
Ponction évacuatrice de la plèvre, avec ou sans lavage)	12			
Ponction biopsie de la plèvre avec évacuation pleurale	15			

Aspiration ou drainage endocavitaire	20			
Pleurotomie simple	20	KC		
Pleurotomie avec résection costale	30	KCC		
Pneumotomie, spéléotomie, en un ou plusieurs temps	100	KCC	50	
Thoracotomie (1)	100	KCC	50	
Thoracolaparotomie (1)	120	KCC	60	
(1) La thoracotomie ne peut être cotée que si elle n'entraîne pas un geste sur des lésions viscérales justifiant une cotation plus importante; dans ce cas, seule cette dernière intervention entraîne la cotation.				
Traitement par thoracotomie des lésions pariétales et pulmonaire dans les traumatismes graves du thorax	150	KCC	70	
Décortication pleurale	150	KCC	70	
Ablation d'un segment ou d'un poumon	150	KCC	70	
Ablation d'un ou plusieurs lobes ou de plusieurs segments dans des lobes différents	180	KCC	70	
Traitement en un temps par une seule voie d'abord de lésions dans les deux poumons	200	KCC	70	
Traitement par exérèse simultanée de lésions septiques pulmonaires et pleurales avec décortication	250	KCC	90	
Pneumonectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal	250	KCC	90	
Lobectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal	250	KCC	90	

CHAPITRE IV. - MÉDIASTIN

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Pneumomédiastin (clichés radiographiques non compris)	30			
Médiastinoscopie, oesophagoscopie, oesofibroscopie, bronchoscopie	30			
- avec biopsie	40			
Bronchoscopies itératives, bronchoaspiration dans un but thérapeutique	20			
Injection intrabronchique dans un but diagnostique ou thérapeutique, anesthésie comprise	15			
Fibroscopie bronchique avec ou sans biopsie	50			

Extraction d'un corps étranger oesophagien, trachéal ou bronchique	80	KC	30	
Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez l'enfant de moins de trois ans	100	KC	30	
Traitement chirurgical des lésions médiastinales	150	KCC	90	
Résection de l'innervation pulmonaire, cardiaque ou périsvasculaire	120	KCC	50	
Réparation par suture, anastomose, plastie ou greffe d'une bronche ou de la trachée	200	KCC	110	
Résection anastomose de la trachée avec mobilisation de la masse viscérale endothoracique	250	KCC	130	
Dilatation oesophagienne, par séance	5			
Mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne pour tumeur de l'oesophage, oesophagoscopie comprise	80	KC	30	
Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité	150	KCC	70	
Résection segmentaire ou totale de l'oesophage avec rétablissement immédiat de la continuité, oesophagosplastie intra ou extra thoracique en un ou plusieurs temps	250	KCC	130	
Traitement de l'atrésie oesophagienne chez le nouveau-né	250	KCC	130	
Toutes sections, sutures, anastomoses portant sur les gros vaisseaux intrathoraciques pour lésions acquises ou congénitales:				
- sans greffe	250	KCC	110	
- avec greffe	300	KCC	130	
Traitement de hernie ou éventration diaphragmatique par voie thoracique ou thoraco-abdominale	150	KCC	70	

CHAPITRE V. - COEUR - PÉRICARDE

Article premier. - Électrocardiographie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Électrocardiogramme d'au moins douze dérivation	6,5			
Pour un patient non hospitalisé cet acte est cumulables avec la consultation (C ou Cs) ou la visite (V ou Vs), à l' exclusion de toute cotation d'acte supplémentaire, sauf celle				

prévue à l' article 11, A, a, des Dispositions générales.				
Pour un patient hospitalisé cet acte est cumulables, dans les mêmes conditions que ci-dessus, avec un C X 0,80 ou un Cs X 0,80.				
Supplément pour examen pratiqué au domicile du malade (en dehors de tout établissement de soins)	5			
Électrocardiogramme et mesure des pressions intracardiaques ou intravasculaires pratiqués au cours d'une intervention	50			
Électrocardiogramme per-opératoire en dehors de la chirurgie cardiaque	30			
Ces deux derniers actes ne sont cotables que s'ils sont pratiqués par un praticien autre que le chirurgien ou l'anesthésiste.				
Électrocardiogramme continu de longue durée (HOLTER) d'une durée minimum de 24 heures avec établissement d'un compte rendu détaillé	40			
Électrocardiogramme avec épreuve d'effort dans une salle disposant des moyens nécessaires à la réanimation (1)	40			
Réadaptation à l'effort des patients atteints de pathologies cardiaques dans une salle disposant des moyens nécessaires à la réanimation avec un maximum de 20 séances, sur entente préalable (1)				
La séance	15			E
(1) L'électrocardiogramme avec épreuve d'effort, la réadaptation à l'effort des patients cardiaques ne peuvent être pratiqués que dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, ou une unité de réanimation ou une salle de surveillance post-interventionnelle, ou dans un établissement de réadaptation des cardiaques disposant une salle de réanimation.				

Article 2. - Autres enregistrements cardiaques

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Enregistrement d'un phonomécanogramme sur enregistreur d'au moins quatre pistes comportant une dérivation électrocardiographique de référence, l'enregistrement du son d'au moins cinq foyers en basse, moyenne et haute fréquence, l'enregistrement d'au moins trois courbes mécanographiques, l'établissement d'un compte rendu détaillé	20			
Supplément pour épreuves pharmacodynamiques faites en milieu disposant de moyens	20			

nécessaires à la réanimation				
Acte de surveillance d'un malade porteur d'un stimulateur cardiaque interne comprenant (a prise des divers enregistrements, dont les électrocardiogrammes, avec épreuves physiologiques d'accélération et de ralentissement de la fréquence cardiaque, manoeuvres magnétiques et électromagnétiques modifiant le fonctionnement du stimulateur, étude oscilloscopique et électronique des impulsions délivrées par le stimulateur à l' aide d'un période-mètre d'une précision d'au moins un dixième de milliseconde et d'un oscilloscope pour photo-analyse de l'impulsion avec enregistrement photographique	25			

Article 3. - Surveillance monitorée

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Surveillance monitorée continue, et traitement d'un ou deux malade au maximum, hospitalisés, sous la responsabilité d'un médecin, avec surveillance du tracé électrocardioscopique sur oscilloscope et du cardio-fréquence-mètre, y compris éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrements, quelle que soit la technique :				
- pour une durée maximum de sept jours, par malade et par 24 heures	14			
Surveillance monitorée continue et traitement des malades hospitalisés au sein d'un centre de réanimation cardiaque, par plusieurs médecins spécialistes dont l'un au moins présent de façon constante, pour un maximum de 10 malades, par équipe avec surveillance du tracé électrocardioscopique sur oscilloscope et du cardio-fréquence-mètre, y compris éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrements, quelle que soit la technique :				
- par équipe, par malade et par 24 heures	30			
Seuls peuvent être cotés en supplément pour chaque malade :				
- Choc électrique par défibrillateur (quel qu'en soit le nombre au cours de 24 heures)	30			
- Pose ou changement d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique	50			
- Pose d'un micro-cathéter endocavitaire pour prise de pression dans les cavités droites	20			

Article 4. - Interventions sur le coeur et le péricarde

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ponction du péricarde	15			
Suture d'une ou plusieurs plaies du coeur ou du péricarde	200	KCC	100	
Péricardectomie	250	KCC	110	
Mise en place d'un stimulateur électrosystolique avec électrode épocardique	150	KCC	60	
- changement de boîtier	50	KCC		
Toute intervention portant sur un appareil valvulaire	200	KCC	110	
Toute intervention portant sur le myocarde, ouvrant ou non une ou plusieurs cavités du coeur	250	KCC	130	
Opération de revascularisation du myocarde par tunellisation (type Vineberg) :				
- avec une artère	250	KCC	110	
- avec deux artères	300	KCC	130	

Article 5. - Interventions nécessitant une circulation extracorporelle

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Mise en place de la circulation extracorporelle avec canulations, en supplément de l'acte thérapeutique	150	KCC		
Intervention portant sur un seul orifice, une seule cavité ou une seule artère coronaire	200	KCC		
- pour une deuxième lésion, en supplément	100	KCC		
- pour une troisième lésion, en supplément (par dérogations aux Dispositions générales, art. 11 B - 1°)	100	KCC		
- supplément pour renforcement de l'équipe chirurgicale par un second chirurgien	150	KCC		
Actes d'anesthésie-réanimation de chirurgie cardiaque effectués conformément aux dispositions du décret n° 91 - 78 du 16-01-1991:				
Anesthésie-réanimation comprenant la visite pré-opératoire, l'ensemble des soins et	250	KC		

des actes pré-opératoires et per-opératoires, la surveillance électrocardioscopique, l'électroencéphalogramme, la mise en place éventuelle d'une sonde de SWAN-GANZ, la mesure des pressions intracardiaques et/ou intra vasculaires per-opératoire et la surveillance de la post-réanimation à partir de J 4, pour l'équipe				
Cet acte n'est pas cumulable avec l'électroencéphalogramme prévu pendant la durée d'une intervention de chirurgie endothoracique, au titre III, chapitre Ier, article 1er.				
Réanimation, comprenant tous les actes de surveillance et de réanimation, notamment la surveillance continue des fonctions vitales, la mesure des gaz du sang et les tracés d'électrocardiogramme nécessités par l'état du malade:				
- du jour de l'intervention J 0 à J 3 inclus, pour l'équipe	250			
- à compter de J 4, pour un patient présentant une ou plusieurs défaillances vitales prolongées, pour l'équipe, avec un maximum de dix jours, par jour	50			
Les actes non couverts par les forfaits ci-dessus, nécessités par l'état de santé du patient et effectués par des médecins n'appartenant pas à l'équipe d'anesthésie-réanimation, peuvent donner lieu à cotation dans les conditions prévues par l'article 11 B des dispositions générales.				
Surveillance de la circulation extracorporelle, sans hémofiltration	150	KC		
Surveillance de la circulation extracorporelle, avec hémofiltration	180	KC		
La cotation de la surveillance de la circulation extracorporelle est forfaitaire quel que soit le nombre de médecins intervenants; elle comprend l'examen préalable à la circulation extracorporelle la surveillance et la conduite de celle-ci, la protection myocardique, l'hémodilution et la récupération per-circulation extracorporelle, à l'exclusion de la récupération per-opératoire, filtration et réinjection avec lavage du sang épanché, qui est cotée dans les conditions prévues par la nomenclature.				

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

VIII/I. - PONCTION BIOPSIE D'UN SEIN (E)

Cotation **K 10** par assimilation à:
 "prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate"
 (Titre VIII - Chapitre IV)

(DNA n° 52 / 72 du 10-08-1972)

VIII. - CHIRURGIE PLASTIQUE RÉPARATRICE du SEIN

L'arrêté du 13-01-2000 (JO du 18-01-2000) a repris la quasi totalité des actes de chirurgie plastique réparatrice du sein, qui figuraient dans la DNA 4406 / 84 du 08-06-1984 et 4338 / 84 du 05-06-1984.

Persiste désormais le libellé suivant :

Mastectomie sous-cutanée

KCC 100 par assimilation à:

"mastectomie avec curage ganglionnaire axillaire : **KCC 100**"

(Chapitre I - Titre VII de la NGAP)

(DNA n° 4406 / 84 du 08-06-1984 et n° 4338 / 84 du 05-06-1984 modifiée par l'arrêté du 25-08-1995 - JO du 14-09-1995 et par l'arrêté du 29-01-1998 - JO du 28-02-1998 et par l'arrêté du 13-01-2000 - JO du 18-01-2000)

VII/III. - COTATION D'ACTES D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

Il s'agit de techniques diagnostiques ou thérapeutiques utilisant la voie percutanée et dont l'approche lésionnelle est guidée avec précision par un procédé d'imagerie: échographie, scanographie, ou amplificateur de brillance.

Elles peuvent être cotées de la façon suivante:

Les ponctions biopsies par voie transcutanée (E)

Ces actes peuvent être cotés K 40 par assimilation à :

"Laparoscopie :

- avec biopsie : **40**"

(Chapitre I - Titre VIII de NGAP)

Les ponctions drainage d'abcès (E)

Elles peuvent être cotées K 20 par assimilation à :

"Discographie d'un disque : **20**"

(Titre V de la NGAP)

À ces cotations correspondant aux actes intellectuels et opératoires s'ajoute la cotation de l'imagerie de guidance : acte en **KE** pour l'échographie, acte en **Z** pour la scanographie ou la radiologie interventionnelle. Dans ce dernier cas, la cotation **Z 14,5** de la radioscopie télévisée de longue durée peut être employée (Article 2, Section I, Chapitre IV, Titre II de la troisième partie de la NGAP).

(DNA n° 7394 / 84 du 15-11-1984 modifiée par l'arrêté du 25-08-1995 - JO du 14-09-1995) .

VII/V. - HÉMOFILTRATION MISE EN OEUVRE DANS DES CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES (E)

.. Hémofiltration déplétive sans générateur, comparable à une plasmaphérèse : K 80 par assimilation à "exanguino-transfusion".

(Titre II - Chapitre V - Section II - Article 1)

.. Hémofiltration chez les intoxiqués ou les grands insuffisants hépatiques, avec passage sur charbon activé. Elle peut être assimilée à "séance d' hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë,

. pendant les 15 premiers jours : **100**

. au delà du 15ème jour : **20**

(Titre IX - Chapitre II)

(DNA n° 489 / 85 du 24-01-1985)

TITRE VIII. - ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN

CHAPITRE I. - ACTES DE DIAGNOSTIC

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Réalisation d'un pneumopéritoine non suivi de laparoscopie	10			
Réalisation d'un rétropneumopéritoine	15			
Laparoscopie :				
- simple	30			
- avec biopsie	40			
Injection isolée pour spléno-portographie, portographie directe ou phlébographie sus-hépatique, avec ou sans manométrie	30			
Injection isolée d'un produit de contraste dans un viscère ou dans un vaisseau du système porte, ou dans un vaisseau sus-hépatique, avec ou sans manométrie	30			
- par cathétérisme de la veine ombilicale	50			

CHAPITRE II. - PAROI ABDOMINALE, GRANDE CAVITÉ PÉRITONÉALE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ponction de l'abdomen	10			
Traitement chirurgical d'une hernie de l'aïne (inguinale, crurale ou inguino-crutale), étranglée ou non, à ciel ouvert	82	KCC	35	
Traitement chirurgical d'une hernie de l'aïne (inguinale, crurale ou inguino-crutale), étranglée ou non, par voie coelioscopique	82	KCC	45	
Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aïne, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord	50	KCC		
Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aïne, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord	82	KCC	35	
Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie	50	KCC		
Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie	82	KCC	35	
Traitement chirurgical d'une hernie étranglée ou d'une éventration étranglée avec résection intestinale	120	KCC	60	
Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales, à ciel ouvert	75	KCC	40	
Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales, par voie coelioscopique	75	KCC	50	
Lipectomie étendue de la paroi abdominale pour abdomen en besace, incluant le temps musculaire éventuel	110	KCC	60	E
Cette cotation n'est pas cumulable avec les cotations ci-dessus relatives au traitement chirurgical des hernies et des éventrations.				
Laparotomie (1) :				
- exploratrice, évacuatrice	50	KCC		
- d'urgence pour hémorragie, occlusion, torsion, plaie ou contusion, perforation autre que celle de l'appendice, etc	80	KCC	60	

(1) La laparotomie ne peut être cotée que si elle n'entraîne pas un geste sur des lésions viscérales justifiant une intervention plus importante. Dans ce cas, seule cette dernière intervention entraîne la cotation.				
Dialyse péritonéale :				
- pose d'un cathéter permanent	30			
- surveillance d'une séance de dialyse péritonéale périodique par un médecin présent en permanence, y compris les interventions pour incidents ou accidents éventuels	20			
- séance de dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aiguë (y compris la pose et le changement de cathéter). Cette cotation s'ajoute à celles prévues au titre XV (actes divers), chapitre II (Réanimation continue)	50			
Dérivation péritonéo-veineuse (Méthode de Le Veen) dans le traitement d'une ascite	150	KCC	50	

CHAPITRE III. - ESTOMAC ET INTESTIN

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les actes de fibroscopie digestive doivent donner lieu à l'établissement d'un compte rendu détaillé.				
Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux	10			
Gastroscopie	30			
- avec biopsie	40			
Gastrobiopsie par sonde à aspiro-section	10			
Endofibroscopie oesogastro-duodénale, avec ou sans biopsie(s), avec ou sans ablation d'une tumeur bénigne	50			
Endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique	100			
Biopsie du grêle par sonde à aspiro-section, y compris le contrôle radioscopique	30			
Transit du grêle par intubation	30			
Rectosigmoïdocolofibroscopie jusqu'à l'angle gauche ou jusqu'à l'angle droit, avec ou sans biopsie(s)	30			
Rectosigmoïdocolofibroscopie jusqu'à l'angle gauche ou jusqu'à l'angle droit, avec ou sans biopsie(s), avec ablation d'un ou plusieurs polypes	50			

Rectosigmoïdocolofibroscope totale, au-delà de l'angle droit, avec ou sans biopsie(s)	80			
Rectosigmoïdocolofibroscope totale, au-delà de l'angle droit, avec ou sans biopsie(s), avec ablation d'un ou plusieurs polype(s)	100			
Lavage d'estomac	10			
Changement de sonde à demeure (type gastrostomie)	5			
Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodénal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours)	15			
Aspiration continue et rééquilibration hydro-électrolytique concomitante pour occlusion intestinale suivie ou non d'intervention, par jour	10			
Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par le coefficient global de cette intervention.				
Ouverture ou abouchement à la peau d'un viscère digestif	60	KCC	30	
Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux ou d'autres lésions de l'estomac par gastrectomie des 2/3 ; vagotomie accompagnée de pyloroplastie, de gastro-entérostomie ou d'antrectomie	150	KCC	80	
Gastrectomie totale	200	KCC	110	
Gastrectomie élargie avec splénectomie ou pancréatectomie partielle	250	KCC	110	
Intervention itérative sur l'estomac comportant dégastroentérostomie plus gastrectomie	200	KCC	110	
Traitement chirurgical des fistules cutanées des viscères creux	100	KCC	35	
Toute anastomose entre deux viscères ou deux segments de viscères digestifs	100	KCC	75	
Traitement chirurgical des anomalies anatomiques ou fonctionnelles de la jonction gastro-oesophagienne et du diaphragme	150	KCC	75	
Traitement chirurgical de la sténose hypertrophique du pylore	80	KCC	35	
Réséction segmentaire du grêle	100	KCC	60	
Laparotomie pour syndrome occlusif ou péritonéal du nouveau-né (y compris le traitement des lésions viscérales éventuelles)	150	KCC	90	
Traitement de l'invagination intestinale par lavement baryté (sous contrôle radiographique, toute surveillance comprise, avec clichés)	30			
Appendicectomie à ciel ouvert	70	KCC		
Appendicectomie par voie coelioscopique ou coelioassistée	70	KCC	35	
L'ablation de l'appendice effectuée au cours d'une intervention et à la faveur d'une incision				

pratiquée pour une affection autre que l'appendicite ne peut donner lieu à honoraires. Elle n'est cotée que si elle nécessite une laparotomie particulière				
Ablation du diverticule de Meckel	60	KCC	30	
Hémi-colectomie droite, colectomie segmentaire transverse, hémi-colectomie gauche, colectomie sigmoïdienne, avec rétablissement immédiat de la continuité, colostomie de décharge éventuelle incluse	200	KCC	120	
Hémi-colectomie droite, colectomie segmentaire transverse, hémi-colectomie gauche, colectomie sigmoïdienne, sans rétablissement immédiat de la continuité, colostomie incluse	120	KCC	75	
Les deux cotations ci-dessus comprennent, le cas échéant, la résection de la charnière recto-sigmoïdienne, l'ablation des mésos et l'ablation des relais ganglionnaires.				
Colectomie totale avec rétablissement de la continuité	300	KCC	150	
Colectomie totale sans rétablissement de la continuité, iléostomie incluse	250	KCC	130	

CHAPITRE IV. - FOIE, VOIES BILIAIRES, PANCRÉAS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Cholécystotomie ou cholécystostomie	60	KC	30	
Cholécystectomie par laparotomie, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés pratiqués par le chirurgien	120	KCC	55	
Cholécystectomie, par voie coelioscopique, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés pratiqués par le chirurgien	120	KCC	65	
Cholédocotomie ou hépaticotomie avec ou sans cholécystectomie	150	KCC	90	
Majoration pour intervention itérative sur les voies biliaires	30	KCC	20	
Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de sa continuité	200	KCC	110	
Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale	150	KCC	60	
Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle	200	KCC	90	
Anastomose bilio-digestive sur un canal biliaire hilair ou intra-hépatique y compris les anastomoses viscérales complémentaires	250	KCC	130	
Chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de Vater	100	KCC	60	

Drainage d'un abcès du foie	60	KCC	30	
Traitement par laparotomie des kystes hydatiques du foie	100	KCC	30	
Traitement des lésions étendues, complexes ou multiples foie nécessitant une thoracophréno-laparotomie	200	KCC	110	
Résection segmentaire du foie	120	KCC	40	
Hépatectomie réglée	250	KCC	130	
Traitement des lésions localisées, enkystées ou fistulisées du pancréas	150	KCC	90	
Majoration pour injection per-opératoire dans les canaux excréteurs d'un produit de contraste pour prise de clichés avec ou sans manométrie	20	KCC	10	
Injection post-opératoire dans les canaux excréteurs d'un produit, de contraste pour prise de clichés avec manométrie	10	KC		
Duodéno-pancréatectomie (y compris les anastomoses viscérales nécessaires)	300	KCC	150	
Toute anastomose chirurgicale entre le système porte et le système cave (y compris l'injection pour la splénoportographie et la prise de pressions pendant l'intervention)	250	KCC	130	
Prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate pour examen	10			

CHAPITRE V. - RATE, SURRÉNALES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement chirurgical des lésions de la rate	100	KCC	60	
Surrénalectomie avec ou sans résection nerveuse, avec ou sans décapsulation rénale, en dehors de la néphrectomie	150	KCC	60	

CHAPITRE VI. - RECTUM ET ANUS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rectoscopie ou rectosigmoïdoscopie :				
- simple	10			
- avec biopsie	15			

Biopsie musculaire du rectum, rectotomie	20			
Traitement des anomalies congénitales de l'abouchement rectal :				
- par voie basse	80	KCC	35	
- par voie haute ou combinée	200	KCC	110	
Résection d'un prolapsus rectal	50	KCC		
Traitement des prolapsus rectaux par voie haute et basse	100	KCC	60	
Traitement chirurgical du mégacolon par résection colique avec abaissement du bout proximal par voie périnéale ou transanale	200	KCC	110	
Amputation ou résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, colostomie incluse	200	KCC	110	
Résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, avec rétablissement de la continuité, colostomie de décharge éventuelle incluse	300	KCC	150	
Les deux cotations ci-dessus comprennent, le cas échéant, l'ablation des mésos et des relais ganglionnaires				
Résection du rectum par voie périnéale ou sacrée	150	KCC	75	
Rétablissement de la continuité après une intervention antérieure ayant comporté une résection recto-colique ou colique large	200	KCC	110	
Traitement par voie basse des lésions traumatiques de l'anus ou du rectum, extraction de corps étranger nécessitant une anesthésie	20	KC		
Traitement des lésions traumatiques complexes du périnée	60	KCC	30	
Reconstitution du sphincter anal par plastie musculaire, en cas d'incontinence ou d'insuffisance	100	KCC	30	
Sphinctéroplastie avec anoplastie muqueuse	50	KC	30	
Traitement par laparotomie des tumeurs bénignes du rectum ou du sigmoïde	60	KCC		
Interventions sous endoscopie :				
Ces interventions endoscopique d'exérèse sont pratiquées sous atmosphère d'azote ; le coefficient de l'acte comporte l'endoscopie.				
- Ablation des tumeurs bénignes du canal anal	10			
- Ablation d'une tumeur bénigne du rectum proprement dit	20			
- Ablation par électrocoagulation de la papillomatose du canal anal et de la marge de l'anus	20			

- Ablation d'une tumeur bénigne du rectum par électrocoagulation	30			
- Ablation d'une tumeur bénigne du sigmoïde	40			
Abcès et fistules :				
- Mise à plat des abcès et fistules intrasphinctériens	25	KC		
- Traitement des abcès et fistules à trajet simple (opérateur ou par traction continue sur fil)	50	KC		
- Traitement des abcès et fistules extra-sphinctériens à trajet multiramifié (opérateur ou par traction continue sur fil)	80	KC		
Hémorroïdes :				
- Traitement des hémorroïdes par excision	30	KC		
- Traitement des hémorroïdes par ligature élastique (maximum 5 séances), par séance	10			
- Traitement des hémorroïdes circulaires par résection sous-muqueuse (type Milligan-Morgan)	50	KC	30	
- Injections sclérosantes pour hémorroïdes internes (avec un maximum de 10 séances), par séance	5			
Fissures anales :				
- Anesthésie sphinctérienne	5			
- Traitement de la fissure anale par injections sclérosantes (maximum 3 séances), par séance, non compris l'anesthésie	5			
- Traitement de la fissure anale : excision par électrocoagulation	30	KC		
- Traitement de la fissure anale par dilatation anale	20			

COTATION(S) PROVISOIRE(S) MINISTÉRIELLE(S)

VIII/IV. - LITHOTRITIE EXTRA-CORPORELLE de la LITHIASSE BILIAIRE (E)

Cotation ministérielle provisoire n° 14 du 06-05-1988.

La fragmentation des calculs biliaires par la lithotritie extra-corporelle s'effectue avec de bons résultats dans la plupart des centres possédant un lithotriteur.

En application des Dispositions Générales - Article 4 - Alinéa 2, le ministère autorise pour une période d'un an renouvelable, la cotation provisoire du traitement de la lithiasse

biliaire par lithotritie extra-corporelle par extension de l' assimilation de la LEC des calculs urinaires, soit KC 120 (assimilation à l' acte "néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie").

(Cotation ministérielle provisoire n° 14 transmise par lettre ENSM n° 2561 / 88 du [24-05-1988](#)).

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

VIII/IV. - MISE EN PLACE ET CHANGEMENT PAR VOIE ENDOSCOPIQUE D'UNE ENDOPROTHÈSE BILIAIRE

Geste destiné à pallier des obstructions cancéreuses de la voie biliaire.

1° MISE EN PLACE D'ENDOPROTHÈSE BILIAIRE

La mise en place de la prothèse biliaire se fait au décours d'une sphinctérotomie endoscopique dont la cotation est KC 150:

- **K 100** par application de l'endofibroscopie sélective:
"endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique : **K 100**"
(Titre VIII - Chapitre III)

- **KC 100/2** par assimilation à:
"chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de VATER : **KC 100**"
(Titre VIII - Chapitre IV)

plus, un supplément pour implantation de la prothèse K 40 par assimilation à:
"laparoscopie avec biopsie : **K 40**"
(Titre VIII - Chapitre I)

Soit, une cotation pour l'ensemble des actes de la procédure d'implantation de la prothèse biliaire: KC 190.

2° CHANGEMENT D'ENDOPROTHÈSE BILIAIRE :

En cas de migration ou désobstruction de la prothèse, la procédure de remplacement sera cotée:

- **K 100** par application de:
"endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique" : **K 100**
(Titre VIII - Chapitre III)

- plus supplément de **K 40** par assimilation:

"laparoscopie avec biopsie" : **K 40**
(Titre VIII - Chapitre 1)

L'anesthésie générale, si elle est nécessaire, est cotée sur le modèle de la cotation correspondant aux actes ayant servi de base à l'assimilation (**soit K 25 + supplément K 25 = KC 50**).

(DNA n° 2397 / 84 du [03-04-1984](#))

VIII/IV. - SPHINCTÉROTOMIE ENDOSCOPIQUE ou PAPILLOSPHINCTÉROTOMIE ENDOSCOPIQUE

Cotation **KC 150** par application de:

"endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique : **K 100**",
(Titre VIII - Chapitre III)

plus KC 100/2 par assimilation à:

"chirurgie transduodénale de la papille et de l' ampoule de VATER" : **KC 100**
(Titre VIII - Chapitre IV)

(DNA n° 959 / 85 du [20-02-1985](#))

VIII/VI. - TRAITEMENT des HÉMORROÏDES par CRYOTHÉRAPIE (E)

Quel que soit le nombre de séances, le traitement des hémorroïdes par cryothérapie peut être coté par assimilation à "traitement des hémorroïdes par excision : **30 KC**".

(DNA n° 634 / 82 du [15-07-1982](#)).

TITRE IX. - APPAREIL URINAIRE

CHAPITRE I. - ENDOSCOPIE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les actes d'exploration ne donnent pas lieu à honoraires lorsqu'ils entraînent dans la même séance un acte thérapeutique endoscopique qui est seul coté.				
Cystoscopie ou urétrocystoscopie d'exploration ou de contrôle :				

- chez la femme	10		
- chez l'homme et l'enfant	20		
Mise en place d'une sonde urétérale pour investigation ou drainage :			
• cathétérisme unilatéral :			
- chez la femme	20		
- chez l'homme et l'enfant	30		
• cathétérisme bilatéral :			
- chez la femme	30		
- chez l'homme et l'enfant	40		
Interventions endoscopiques (sauf exceptions ci-après) :			
- chez la femme	40		
- chez l'homme et l'enfant	50		
Ablation d'un tuteur endo-urétéral double croise :			
- chez la femme	10		
- chez l'homme et l'enfant	20		
Électrocoagulation endoscopique pour tumeurs vésicales:			
• la première séance :			
- chez la femme	50		30
- chez l'homme et l'enfant	60		30
• les séances suivantes (maximum trois dans les douze mois) :			
- chez la femme	20		
- chez l'homme et l'enfant	30		
(Lorsque des séances supplémentaires s'imposent, l'entente préalable est nécessaire pour chacune d'elles.)			
Résection endoscopique de tumeurs vésicales avec examen anatomopathologique (en cas de nouvelle intervention dans les douze mois, voir : électrocoagulation endoscopique)	80	KCC	30
Résection endoscopique du col vésical, d'un adénome périurétral ou d'un néoplasme prostatique (ligature éventuelle des canaux déférents comprise)	120	KCC	60
(En cas de résection itérative au-delà du 20° jour, entente préalable exigée.)			

Extraction des calculs par la voie naturelle à l'aide d'un urétéro-néphroscope :				
- Intervention intéressant les uretères	80	KCC	40	
- Intervention au niveau du bassinet et des calices	120	KCC	60	
Cystométrie sous perfusion avec enregistrement graphique, enregistrement des courbes de pression dans le haut appareil avec protocole et tracés	20			
Ce coefficient s'ajoute à celui de l'endoscopie proprement dite, sans application des dispositions de l'article 11 des dispositions générales.				

CHAPITRE II. - ACTES LIÉS A LA TECHNIQUE DE L'HÉMODIALYSE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Surveillance d'une séance d'hémodialyse, par un médecin présent en permanence, y compris les interventions pour incidents ou accidents éventuels	17,5			
Séances d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë :				
- pendant les 15 premiers jours	100			
- au-delà du 15 ^e jour	20			
Cet honoraire peut s'ajouter aux honoraires prévus au titre XV (Actes divers), chapitre II (Réanimation continue).				
Création d'une fistule artérioveineuse par anastomose directe	100	KCC	30	
Création d'une fistule artérioveineuse avec interposition d'un greffon (prélèvement du greffon compris) ou d'une prothèse	150	KCC	50	
Mise en place de deux canules pour fistule artérioveineuse, repose d'une ou deux canules	80	KC	35	
Désobstruction en dehors de la séance de dialyse :				
- simple	10	KC		
- avec utilisation de la sonde de Fogarty	30	KC		

CHAPITRE III. - REINS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ponction exploratrice de kystes du rein, du bassinet, biopsie rénale, par voie transcutanée	30			
Lombotomie exploratrice	50	KCC		
Incision et drainage d'un phlegmon périnéphrétique	60	KCC	30	
Néphropexie, ou biopsie rénale-par lombotomie, ou décapsulation	60	KCC	30	
Traitement opératoire de l'éventration lombaire	80	KCC	30	
Néphrectomie	100	KCC	40	
Néphrectomie partielle, néphrectomie secondaire ou élargie	120	KCC	60	
Néphrectomie par voie thoraco phréno-abdominale ou néphro-urétérectomie totale	150	KCC	90	
Néphrostomie, pyélotomie avec ou sans néphrostomie, traitement conservateur des kystes du rein	80	KCC	30	
Pyélotomie itérative, ou opération plastique sur le bassinet et la jonction pyélo-urétérale, avec ou sans néphrostomie	100	KCC	50	
Néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie	120	KCC	60	
- intervention itérative, en supplément	20	KCC	10	
Section de l'isthme d'un rein en fer à cheval, avec ou sans néphrectomie	120	KCC	60	
Injection per-opératoire dans les voies excrétrices d'un produit de contraste pour prise de clichés, en supplément	20	KCC	10	

CHAPITRE IV. - URETÈRE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Urétérotomie lombaire, urétérolyse	80	KCC	40	
Urétérostomie cutanée	80	KCC	30	
Urétérotomie pelvienne, urétérectomie secondaire totale	100	KCC	50	
Urétéro-lithotomie itérative, en supplément	20	KCC	10	
Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place	100	KCC	50	
Urétérorraphie termino-terminale, cure d'une fistule cutanée de l'uretère	100	KCC	40	
Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux, implantation urétérale par	150	KCC	90	

lambeau vésical pédiculé et tubulé				
Urétérostomie cutanée transintestinale	200	KCC	90	
Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral	100	KCC	40	

CHAPITRE V. - VESSIE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Cathétérisme pour rétention d'urine	5			
Pose de sonde vésicale à demeure	5			
Changement de sonde à demeure (type cystostomie)	5			
Ponction sus-pubienne pour cystographie	15			
Cystotomie, cystostomie sus-pubienne, lithotritie	60	KC		
Taille avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée	80	KCC		
Exérèse par cystectomie partielle d'une tumeur vésicale avec examen anatomopathologique	120	KCC	60	
Cystectomie totale :				
- avec abouchement des uretères à la peau	200	KCC	90	
- avec réimplantation des uretères dans l' intestin	250	KCC	110	
Cystectomie totale avec remplacement par greffon intestinal	300	KCC	150	
Exérèse des diverticules vésicaux avec ou sans résection du col	150	KCC	60	
Cure opératoire des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines ou vésico-rectales, quelles que soient leur taille et la technique	120	KCC	60	
Intervention pour récurrence, en supplément	20	KCC	10	
Fermeture de fistule vésico-cutanée	40	KCC		
Résection isolée du col à vessie ouverte avec ou sans ligature des canaux déférents	120	KCC	50	
Chirurgie de l'exstrophie vésicale :				
- ablation simple de la plaque vésicale	100	KCC	35	
- reconstitution simple de la vessie	100	KCC	35	
- reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et	300	KCC	130	

ostéotomie iliaque				
- retouche ultérieure	50	KCC		
Traitement chirurgical de l'incontinence chez la femme ou chez l'homme quelle que soit la technique	80	KCC	35	
Entérocystoplastie ou urétéro-entérocystoplastie	250	KCC	130	
Taille vésicale pour curiethérapie (curiethérapie non comprise)	60	KCC		
Étude urodynamique du bas appareil urinaire : enregistrement des pressions vésicales de remplissage et de miction, enregistrement de la poussée abdominale, débitmétrie	40			
Même étude avec électromyographie	50			
La débitmétrie mictionnelle effectuée isolément ne peut donner lieu à cotation				

CHAPITRE VI. - URÈTRE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Injection de produit de contraste pour uréthro-cystographie rétrograde	10			
Dilatation de l'urètre pour rétrécissement de toute origine, chaque séance	10			
Méatostomie	20	KCC		
Urétrotomie interne	20	KCC		
Urétrotomie externe ou urétrostomie	60	KCC		
Section à ciel ouvert de valvules congénitales de l'urètre postérieur, urétrotomie externe avec mise à plat d'un rétrécissement	80	KCC	30	
Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangréneux (infiltration d'urine)	60	KCC	30	
Cure de fistule périnéale avec ou sans urétrectomie (dérivation comprise)	120	KCC	50	
Temps périnéal du traitement chirurgical des fistules uréthro-rectales acquises	120	KCC	50	
Resconstitution de l'urètre (ensemble du traitement)	120	KCC		
1° temps			40	
les autres			25	
Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral	30	KCC		

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

IX. - TECHNIQUES d'EXTRACTION de CALCULS du HAUT APPAREIL URINAIRE

L'extraction percutanée de calculs à l' aide d'un néphroscope : KC 120 par assimilation à "néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie": **120**.
(Titre IX - Chapitre III).

Quels que soient les procédés de fragmentation des calculs utilisés.

Lorsque cette procédure nécessite, en raison de l'état des voies urinaires, une **urétéro-pyélographie rétrograde per-opératoire, un supplément de KC 30** pour la montée de la sonde peut être noté, **par assimilation à** :
"mise en place d'une sonde urétérale pour investigation ou drainage" : **30**.
(Titre IX - Chapitre I)

L'extraction des calculs par lithotritie extra-corporelle par ondes de choc peut être cotée **KC 120**, par assimilation à : **(E)**
"Néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie : **120**

(Titre IX - Chapitre III)

Les cotations précédentes sont globales quels que soient les gestes associés sauf le supplément indiqué ci-dessus. Seuls peuvent faire l'objet d'une notation dans le respect des Dispositions Générales, les cotations des actes d'anesthésie et des actes d' imagerie: actes en K d'échographie et/ou actes en Z.

Aucun supplément pour intervention itérative ne peut être coté.

(DNA n° 936 / 85 du 06-02-1985 modifiée par l'arrêté du 28-11-1994 - JO du 07-12-1994).

TITRE X. - ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL MASCULIN

CHAPITRE I. - VERGE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Opération d'ordre thérapeutique pour phimosis après le premier mois	30	KCC		
Réduction sanglante du paraphimosis	10	KCC		
Section ou plastie chirurgicale du frein	10	KCC		
Traitement chirurgical du priapisme	20	KCC		

Électrocoagulation de papillomes génitaux externes, du gland et du méat :				
- tumeur unique	10			
- tumeurs multiples	20			
Traitement de l'hypospadias balanique	60	KCC		
- chaque retouche ultérieure	40	KCC		
Traitement de l'hypospadias périnéal ou pénien	100	KCC	30	
- chaque retouche ultérieure	40	KCC		
Traitement de l'épispadias	100	KCC	30	
- chaque retouche ultérieure	40	KCC		
Amputation partielle de la verge	60	KCC		
Amputation totale de la verge avec évidement ganglionnaire uni ou bilatéral	120	KCC	60	

CHAPITRE II. - PROSTATE ET VÉSICULES SÉMINALES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ponction biopsique de la prostate	20			
Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale	50	KCC		
Prostatectomie pour adénome en un seul temps, quel que soit le mode opératoire (ligature éventuelle des déférents comprise)	120	KCC	70	
Prostatectomie suivant une cystostomie, ligature éventuelle des déférents comprise	80	KCC	40	
Prostato-vésiculectomie totale, avec suture uréthro-vésicale et curage ganglionnaire ilio-pelvien bilatéral (ligature des déférents comprise)	210	KCC	110	
Ablation des vésicules séminales chez l'adulte	120	KCC	50	

CHAPITRE III. - BOURSES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Chirurgie isolée du canal déférent : - ligature, section, résection, cathétérisme	20	KCC		

- biopsie testiculaire	20			
Castration avec ablation des relais lymphoganglionnaires abdominaux du testicule	150	KCC	60	
Cure opératoire du kyste du cordon ou de l'hydrocèle	40	KCC		
Cure opératoire de la torsion du testicule ou de ses annexes, castration, orchidectomie ou épидидymectomie unilatérale	40	KCC		
Cure opératoire de l'ectopie testiculaire ou du varicocèle (cure éventuelle de la hernie comprise)	60	KCC		
Intervention plastique unilatérale pour stérilité, portant sur l'épididyme, le déférent ou les deux, quelle que soit la technique	100	KCC	30	

CHAPITRE IV. - ACTES LIÉS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) à compter du 26-02-2000

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Les conditions de prise en charge des actes liés à l'assistance médicale à la procréation sont celles fixées au chapitre III du titre XI de la deuxième partie de la nomenclature				
Prélèvement de spermatozoïdes par ponction transcutanée au niveau des testicules ou des voies génitales, sur un ou plusieurs sites au cours de la même séance :				
- par séance	40	KC		
Prélèvement chirurgical de spermatozoïdes, au niveau des testicules ou des voies génitales, sur un ou plusieurs sites au cours de la même séance :				
- par séance	60	KCC		

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

X/III. - TRAITEMENT CHIRURGICAL de l'IMPUISSANCE MASCULINE

Ce traitement, qui peut être réalisé selon des procédés différents : par revascularisation ou par mise en place de prothèses diverses... peut être coté, que le geste porte sur un ou deux cotés, par assimilation à :

"intervention plastique unilatérale pour stérilité, portant sur l'épididyme, le déférent ou les deux, quelle que soit la technique : **100 KCC 30**"

(Titre X - Chapitre III)

globalement, quelle que soit la technique et que le geste porte sur un ou deux côtés.

(DNA n° 339 / 79 du 06-10-1979).

TITRE XI. - ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

CHAPITRE I. - EN DEHORS DE LA GESTATION

Article premier. - Interventions par voie basse

	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Gynécologie médicale :				
Prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre	3			
Ponction transvaginale du Douglas	10			
Insufflation tubaire, injection intra-utérine d'un produit de contraste ou d'une substance médicamenteuse, électrocoagulation exo et endocervicale, quel que soit le nombre de séances, pose d'un dispositif intra-utérin : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance	20			
Culdoscopie	30			
Colposcopie avec ou sans prélèvements pour examens histologiques	10			
2° Gynécologie chirurgicale				
Chirurgie des lésions bénignes de l'hymen et de la vulve	15	KC		
Traitement des dysplasies du col utérin par vaporisation simple au laser	20	KC		
Traitement des affections, anomalies ou tumeurs bénignes du vagin, de l'utérus ou du cul-de-sac de Douglas, intervention intra-utérine diagnostique ou thérapeutique : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance	30	KC		
Exérèse d'une glande de Bartholin	40	KCC		
Amputation du col, évidement tronconique du col en une ou plusieurs séances	40	KCC		
Ablation d'un polype fibreux utérin intracavitaire avec décollement vésical et	50	KCC		

hystérotomie				
Opération plastique pour atrésie ou aplasie vaginale (ensemble du traitement)	80	KCC		
Hystérectomie vaginale	100	KCC	30	
Ablation d'un cancer du clitoris, de la vulve ou du vagin :				
- Sans curage ganglionnaire	60	KCC		
- Avec curage ganglionnaire unilatéral	100	KCC	50	
- Avec curage ganglionnaire bilatéral	120	KCC	70	
3° Chirurgie des prolapsus :				
Colpopérinéorrhaphie postérieure simple ou colporraphie antérieure simple	40	KCC		
Toutes opérations pour prolapsus, portant sur le vagin, le périnée antérieur et postérieur, l'urètre, les organes pelviens	80	KCC	30	
À l'exception de triple opération type Manchester	100	KCC	50	
4° Cure de fistule urinaire ou recto-vaginale	120	KCC	50	

Article 2. - Intervention par voie haute

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, quelle que soit la technique	100	KCC	50	
Coelioscopie	30			
Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique	40			
Toutes interventions portant sur l'appareil génital féminin	80	KCC	40	
À l'exception d'opérations plastiques pour stérilité portant soit sur un utérus mal formé, soit sur les annexes (implantations tubo-utérines, salpingoplasties, implantations ovario-tubaires, ovario-utérines), soit sur les deux dans la même intervention	100	KCC	40	
Hystérectomie, quelle que soit la technique	100	KCC	40	
Annexectomie uni ou bilatérale, quelle que soit la technique	80	KCC	40	
Myomectomie (un ou plusieurs myomes), quelle que soit la technique	100	KCC	40	
Hystérectomie élargie pour lésions malignes, y compris cellulo-adénectomie	150	KCC	90	
Cellulo-adénectomie abdominale isolée	100	KCC	50	

Colpohystérectomie élargie avec cystectomie	250	KCC	130	
Éviscération pelvienne totale élargie avec ou sans périnéectomie	300	KCC	150	

Article 3. - Intervention par voies haute et basse combinées

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Interventions pour prolapsus	120	KCC	40	
Interventions pour aplasie vaginale par transplantation intestinale	150	KCC	70	

CHAPITRE II. - ACTES LIÉS A LA GESTATION ET A L'ACCOUCHEMENT

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Remarque. - Tous les actes de ce chapitre, à l'exclusion de ceux prévus au 8°, sont remboursés quand ils sont dispensés par un médecin. Lorsqu'ils sont dispensés par une sage-femme, ils ne sont remboursés que s'ils sont de la compétence de la sage femme. Au cours de la grossesse, en cas de risque maternel et/ou de risque foetal, l'appel à un consultant médecin spécialiste - pédiatre ou autres disciplines - obéit aux dispositions générales de la nomenclature.				
1° Investigations :				
Prélèvements pour mesure du pH foetal au cours de l'accouchement, quel qu'en soit le nombre	20			
2° Interruption de la grossesse :				
Surveillance et contrôle de l'évacuation d'un utérus gravide par voie basse jusqu'au sixième mois (y compris éventuellement la pose de tiges de laminaires)	30			
A partir de 181 jours, date de viabilité légale du foetus, il s'agit d'un accouchement prématuré qui est coté comme l'accouchement normal.				
Les honoraires dus à raison des actes d'anesthésie générale qui accompagnent une interruption de grossesse pratiquée avant la fin de la dixième semaine, dans les conditions prévues à la section I du chapitre III bis du titre 1er du livre II du code de la santé publique, sont calculés sous forme d'un forfait.				

Réduction embryonnaire sous échoguidage	40 22	KC KE		
Interruption sélective de grossesse au cours du 2e trimestre sous échoguidage	43 27	KC KE		
Pour ces deux actes l'article 11 B ne s'applique pas à l'échoguidage				
3° Séances de préparation psychoprophylactique obstétricale:				
<p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néo-natale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ; - d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ; - de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ; - de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents. <p>Cette préparation comporte huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes.</p> <p>La première séance est individuelle. Elle peut être réalisée dès le premier trimestre de la grossesse. L'entretien individuel permet au professionnel de resituer son intervention dans le dispositif général de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir.</p>				
Première séance	C 2,5			
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)	C 2			
Séances suivantes dispensées à plus de trois personnes simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente)	C 0,9			
4° Accouchements et actes complémentaires:				
La cotation de l'accouchement comporte les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance de la mère et de l'enfant en dehors de problèmes pathologiques) pendant le séjour en maternité, du jour de l'accouchement J 1 à J 7 inclus.				
Pour un accouchement, un et un seul forfait est dû. Il est versé au médecin qui a réalisé l'acte d'accouchement.				
Lorsque l'accouchement est pratiqué par un médecin , la cotation comprend tous les actes complémentaires nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitoring comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du pH foetal quel qu'en soit le nombre, la délivrance artificielle ou la révision utérine isolée, la suture d'épisiotomie, la réparation sphinctérienne, le traitement obstétrical des hémorragies de la délivrance. Cette cotation est la même quel que soit le mode d'accouchement, spontané, par intervention instrumentale ou par césarienne, et quel que soit le mode de présentation du nouveau-né. Sont exclues de cette cotation toutes les interventions chirurgicales d'hémostase : ligatures de pédicules vasculaires, traitement de la rupture utérine, hystérectomie d'hémostase, embolisation qui, si elles doivent être réalisées, bénéficieront d'une cotation à taux plein, par dérogation à l'article 11 B des dispositions générales.				
Forfait d'accouchement simple avec majoration :	KC 100 + KFC		Voir art.	
Forfait d'accouchement gémellaire avec majoration : [À compter du 01-01-2003 le coefficient du forfait d'accouchement gémellaire réalisé par le médecin avec ou sans l'intervention de la sage-femme libérale a été porté à 150 KC (arrêté du 31-05-2002 - JO du 02-06-2002)]	KC 150 + KFC		22-11 et 24 des DG.	
Lorsque la surveillance du travail est suivie par une sage-femme libérale, et l'accouchement réalisé par le médecin , la cotation de l'accouchement est la suivante :				
Forfait d'accouchement simple	100	KC		
Forfait d'accouchement gémellaire [À compter du 01-01-2003 le coefficient du forfait d'accouchement gémellaire réalisé par le médecin avec ou sans l'intervention de la sage-femme libérale a été porté à 150 KC (arrêté du 31-05-2002 - JO du 02-06-2002)]	150	KC		

Ces deux derniers actes n'ouvrent pas droit à la majoration mentionnée à l'article 24 des dispositions générales.				
<p>Dans les unités d'obstétrique mentionnées au 2° de l'article D 712-84 du code de la santé publique :</p> <p>- 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 alinéas du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière (228,68 €). 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 ;</p> <p>- l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés au cinquième, septième, huitième et douzième alinéas du 2° susvisé donne lieu à une majoration de sujétion particulière [60.98 € puis 61.00 € à compter du 01-02-2003 (arrêté du 05-03-2003 - JO du 12-03-2003)]. La valeur en unité monétaire est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales.</p> <p>Les majorations mentionnées ci-dessus se cumulent avec la majoration de nuit, de dimanche et de jours fériés prévue à l'article 14 des dispositions générales.</p> <p>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.</p>				
Accouchement pratiqué par une sage-femme :				
Accouchement simple :	118	SF		
Accouchement gémellaire :	130	SF		
Lorsque l'accouchement est pratiqué par une sage-femme, la cotation comprend tous les actes complémentaires nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitoring, comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre, la délivrance artificielle ou la révision utérine isolée, la périnéorrhaphie simple ou suture d'épisiotomie présentant un caractère d'urgence exécutée au cours de l'accouchement. Cette cotation est la même quel que soit le mode de présentation du nouveau-né.				
5° Actes de néonatalogie (néonatalogie) :				

a) En unité d'obstétrique :				
Examen du premier jour de la naissance : contrôle de l'adaptation du nouveau-né, dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques...)		C ou CS		
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.				
Assistance pédiatrique avant la naissance, sur appel du praticien responsable de l'accouchement, pour une situation de risque néonatal, avec établissement d'un compte rendu :	40			
Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né en détresse vitale, comportant toute technique de ventilation, avec ou sans intubation, et les actes associés, avec établissement d'un compte rendu :	40			
Les deux cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.				
Mise en condition médicale et surveillance d'un nouveau-né pour transfert médicalisé vers un centre spécialisé, avec établissement d'un compte rendu :	25			
Surveillance d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée (décret n° 98 - 900 du 09-10-1998) :				
Par vingt-quatre heures :	9			
b) En unité de néonatalogie (néonatalogie) (décret n° 98 - 900 du 09-10-1998)				
Forfait de surveillance d'un nouveau-né en unité de néonatalogie (néonatalogie) autorisée :				
Par vingt-quatre heures :	14			
6° Autres actes :				
Évacuation de l'utérus quelle que soit la méthode	30			
Évacuation chirurgicale de l'utérus avec embryotomie (céphalique ou rachidienne)	60	KCC		
Cerclage du col	30			
7° Notations propres à la sage-femme :				
Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	9	SF		
Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième				

trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin :				
- grossesse unique	15	SF		
- grossesse multiple	22	SF		
Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin :				
- grossesse unique	12	SF		
- grossesse multiple	19	SF		
Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et éventuellement une amnioscopie :				
- grossesse unique	12	SF		
- grossesse multiple	19	SF		
Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque foetal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.				
Forfait journalier de surveillance en cas de sortie précoce de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J 7 :				
1. Pour un enfant :				
- pour les deux premiers forfaits	16	SF		
- pour les autres forfaits	12	SF		
2. Pour deux enfants ou plus :				
- pour les deux premiers forfaits	21	SF		
- pour les autres forfaits	17	SF		
La consultation ou la visite ne sont pas cumulables avec un acte inscrit à la nomenclature.				
Surveillance d'un accouchement par une sage-femme avec monitoring d'au moins deux heures, comportant notamment la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre	40	SF		
Lorsque la surveillance et l'accouchement sont réalisés par une ou plusieurs sage(s)-femme(s), la cotation de la surveillance n'est pas cumulable avec celle de l'accouchement.				

CHAPITRE III. - ACTES LIÉS À L'ASSISTANCE MÉDICALE À LA PROCRÉATION (AMP) à compter du 26-02-2000

Les actes du présent chapitre doivent être réalisés conformément aux conditions prévues dans le guide de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation approuvé par arrêté du 12-01-1999 (JO du 28-02-1999)

Conditions de prise en charge par l'assurance maladie de l'exploration et du traitement de la stérilité conjugale

Âge de la femme : la prise en charge s'interrompt au jour du 43e anniversaire de la femme.

Nombre d'actes :

1° Pour l'insémination artificielle : il ne peut être coté qu'une insémination par cycle pendant 6 cycles pour l'obtention d'une grossesse;

2° Pour une fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation : il ne peut être coté que quatre tentatives pour l'obtention d'une grossesse. On entend par tentative toute ponction ovocytaire suivie de transferts embryonnaires.

En cas de grossesse suivie de la naissance d'un enfant vivant, les actes mentionnés ci-dessus (1 et 2) peuvent être de nouveau pratiqués dans les limites prévues.

Une demande d'entente préalable est obligatoire avant la réalisation d'une insémination artificielle ou d'une fécondation in vitro. La demande d'entente préalable remplie par le médecin traitant est déposée avant la réalisation du premier acte et vaut pour la totalité des actes (6 pour une insémination artificielle et 4 pour une fécondation in vitro).

Le biologiste est informé par le médecin de la date du dépôt de la demande d'entente préalable. Elle doit comporter la mention de la technique utilisée. En cas de changement de technique le médecin en informe le contrôle médical.

Par dérogation aux dispositions de l'article 7 des dispositions générales de la présente Nomenclature, **le délai de réponse de l'organisme d'assurance maladie est porté à trois semaines.**

L'absence de réponse au terme de ce délai équivaut à un accord.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Insémination artificielle quelle que soit la technique :				
- par cycle	20	K		
Dans la limite d'une insémination par cycle pendant 6 cycles.				
Prélèvement d'ovocytes échoguidé sur un ou deux ovaires	41	KC		
Cette cotation inclut l'échoguidage				
Transfert d'embryons dans l'utérus	25	KC		
Induction de l'ovulation par gonadotrophines suivie d'une insémination artificielle ou				

d'une FIV avec ou sans micromanipulation à l'exclusion des échographies :				
- par cycle	32	K		
La cotation correspond à la prise en charge de toutes les consultations et du monitoring clinique (examens cliniques durant le cycle monitoré, réception et interprétation des dosages et des échographies, prescriptions adaptées). La cotation vaut pour un cycle.				

CHAPITRE IV. - ACTES DE DIAGNOSTIC ANTÉNATAL à compter du 26-02-2000

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Amniocentèse	18 18	K KE		
Biopsie de trophoblaste	18 18	K KE		
Lorsque l'amniocentèse et la biopsie de trophoblaste sont pratiqués en vue de réaliser un caryotype foetal, ils ne sont pris en charge que dans le cadre des indications prévues pour le caryotype foetal au chapitre II de la deuxième partie de Nomenclature des actes de biologie médicale				
Amnio infusion - amnio drainage	35 20	K KE		
Prélèvements foetaux (quel que soit le nombre de prélèvements...)	45 22	K KE		
Foetoscopie	45 25	K KE		
Transfusion ou exsanguino transfusion in utero	80 25	K KE		
Pose de cathéter foetal en vue de drainage	100 27	K KE		
Pour ces actes, l'article 11 B ne s'applique pas à l'échoguidage				

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

XI/1/1. - FROTTIS ENDO-UTÉRINS RÉALISÉS à l'AIDE d'INSTRUMENTS du type "ENDOCYTE, ENDOSCANN, PIPELLE de CORNIER, INOCURETTE" (E)

Cotation K 15 par assimilation à "insémination artificielle".
(Titre XI - Chapitre I - Article 1)

Cette cotation comprend les prélèvements endo-utérins et une éventuelle colposcopie avec prélèvements du col utérin pour examens histologiques.

(DNA n° 1388 / 84 du 05-03-1984)

(DNA n° 3507 / 84 du 24-04-1984)

XII/1. TECHNIQUES D'INVESTIGATIONS GYNÉCOLOGIQUES

1. Examens de l'endocol : (E)

- Micro-colposcopie endocervicale

Plusieurs procédures, en fait, peuvent être visées par ce terme ou des termes analogues :

11. La **micro-colposcopie** proprement dite

C'est une colposcopie

"Colposcopie avec ou sans prélèvements pour examen histologique : **10**

(Article 1er, Chapitre I, Titre XI de la NGAP)

12. L'**exploration du canal cervical** sous contrôle de la vue à l'aide d'un **micro-hystéroscope** :

peut être assimilée à :

"Insufflation tubaire, injection intra-utérine... : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance : **20**

(Article 1er, Chapitre I, Titre XI de la NGAP) à condition qu'un schéma détaillé des lésions, accompagné de conclusions diagnostiques et thérapeutiques ait été effectué, dont copie sera adressée au médecin conseil, sur demande. Cette cotation (K 20) comprend également la colposcopie et tous actes diagnostiques et/ou thérapeutiques pratiqués au cours de la même séance.

2. Examens intra-utérins et/ou intra-salpingiens : (E)

21. L'hystérocopie de contact , assimilation à :

"Insufflation tubaire, injection intra-utérine... : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance : **20**"

(Article 1er , Chapitre I , Titre XI de la NGAP)

22. **L'hystéroscopie panoramique**, et la **micro-hystéroscopie panoramique**, avec utilisation de moyens de distension (gaz ou fluide),
ainsi que

23. La **micro-hystéroscopie de contact** avec traitement préalable de la muqueuse par colorant,
peuvent être assimilées à :

"Traitement des affections, anomalies ou tumeurs bénignes du vagin, de l'utérus.... un ou plusieurs de ces actes dans la même séance : **KC 30**"

(Article 1er , Chapitre I , Titre XI de la NGAP)

Ces examens devront comporter un compte-rendu détaillé accompagné de conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui sera adressé au médecin conseil sur demande.

Leurs cotations comprennent les **actes diagnostiques** (prélèvements anatomopathologiques, par exemple) et **thérapeutiques** éventuellement associés.

Elles ne sont pas cumulables entre elles.

(DNA n° 852 / 84 du [03-05-1984](#))

XI/2. - TRAITEMENT DE LA STÉRILITÉ FÉMININE PAR LA MICROCHIRURGIE TUBAIRE BILATÉRALE

Lorsque sous microscope il y a nécessité de reperméabilisation ou d' intervention sur la corne et à l'exclusion des salpingoplasties, le coefficient d'une intervention bilatérale retenu est : 150 KCC par assimilation à "intervention plastique bilatérale pour stérilité masculine".

(DNA n° 458 / 81 du [08-04-1981](#) modifiée par ENSM n° 1796 / 97 du [29-07-1997](#)).

TITRE XII. - ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

CHAPITRE I. - CUISSE JAMBE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
-----------------------	------	-----	-----	----

Amputation ou désarticulation du cou-de-pied à la hanche (exclue)	60	KCC	30	
Désarticulation de hanche	100	KCC	50	
Désarticulation inter-ilio-abdominale	250	KC	130	
Iliectomie large	150	KCC	70	
Traitement chirurgical des pseudarthroses congénitales de la jambe	150	KCC	50	
Allongement ou raccourcissement de membre inférieur, quelle que soit la technique, et par côté traité :				
- portant sur le tibia	120	KCC	40	
- portant sur le fémur	150	KCC	60	
Suture d'un ligament du genou pour rupture traumatique récente	60	KCC	30	
Plastie d'un ligament latéral du genou, quelle que soit la technique	80	KCC	35	
Traitement d'une lésion du pivot central du genou, quel que soit le nombre de ligaments concernés, avec autogreffe, comprenant le prélèvement du greffon tendineux ou ostéotendineux et les gestes associés intra-articulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux éventuels, quelle que soit la technique : arthrotomie ou arthroscopie	149	KCC	65	
Patellectomie, patelloplastie, quelle que soit la technique	80	KCC	30	
Méniscectomie quel que soit la technique, y compris l'arthroscopie éventuelle	80	KC	30	
Désinsertion du quadriceps pour raideur du genou	100	KCC	30	
Sections ou transplantations musculaires ou tendineuses pour hanche paralytique ou coxarthrose	100	KCC	40	
Traitement complet par traction continue pour réduction orthopédique de luxation congénitale de hanche, suivie ou non d'un appareil plâtre	100	KC		
Réduction chirurgicale de luxation congénitale de hanche avec ou sans creusement du cotyle	150	KCC	70	
Butée ostéoplastique de hanche	100	KCC	50	
Arthroplastie intéressant fémur et bassin	220	KCC	110	
Injection sclérosante intra-vasculaire pour varices, quel que soit le nombre d'injections pratiquées, qu'un seul ou deux membres soient traités, avec maximum de dix séances (renouvelables après entente préalable), par séance	5			
Incision d'une veine superficielle thrombosée	5			

Pansements des ulcères de jambes (déterSION, épluchage et régularisation de la lésion) avec maximum de deux pansements par semaine	5			
Si le traitement nécessite plus de deux pansements par semaine, tous les pansements sont compris comme des pansement ordinaires et cotés selon les coefficients prévus.				
Réalisation d'une botte de Unna (acte isolé)	5			
Réalisation d'une botte de Unna et pansement d'un ulcère de jambe (déterSION, épluchage et régularisation de la lésion) avec maximum de 2 par semaine	6			
Pansement d'un ulcère de jambe (déterSION, épluchage et régularisation de la lésion) et pose d'une bande adhésive réalisant la contention permanente inamovible d' au moins deux segments de membres quelle que soit la technique avec un maximum de deux par semaine	6			
ÉpiphySiOdèSe de l'extrémité inférieure du genou ou de l'extrémité supérieure du tibia non compris le prélèvement éventuel d'un greffon	40	KCC		
Prothèse totale du genou	200	KCC	90	
Réparation des ruptures du tendon d'Achille ou du tendon rotulien	40	KCC		

CHAPITRE II. - PIED

Article premier. - Chirurgie de l'avant-pied

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Le prélèvement éventuel de greffons est inclus dans les cotations de cet article.				
Si l'addition des cotations d'actes de cet article portant, au cours d'une même séance, sur un avant-pied excède 90, après application de l'article 11 B, 1°, 2° alinéa, des dispositions générales, le total des cotations est ramené à ce montant.				
En cas d'intervention sur l'autre pied, au cours de la même séance, la même règle de cotation est appliquée, mais à 75 % de ce montant.				
Cure radicale de l'ongle incarné ou ablation d'un ongle	10	KC		
Ablation d'exostose sous unguéale	20	KC		
Ostéotomie ou résection osseuse métatarsienne ou métatarso-phalangienne sans				

rétablissement de la continuité (1) :				
- un seul rayon	20	KCC		
- deux rayons	30	KCC		
- trois rayons et plus	40	KCC		
Ostéotomie ou résection osseuse métatarsienne avec rétablissement de la continuité (1) :				
- un seul rayon	40	KCC		
- deux rayons	50	KCC		
- trois rayons	60	KCC		
Arthrodèse ou arthroplastie interphalangienne avec ou sans intervention tendineuse :				
- un orteil	20	KCC		
- deux orteils	30	KCC		
- trois orteils et plus	40	KCC		
Arthroplastie métatarso-phalangienne par résection épiphysaire avec interposition ostéo-cartilagineuse ou prothèse:				
- un seul rayon	50	KCC		
- deux rayons	65	KCC	30	
- trois rayons et plus	80	KCC	30	
Ablation totale ou partielle d'un ou des deux sésamoïdes du gros orteils	20	KCC		
Interventions portant sur les tendons, dans le cadre de la chirurgie de l'avant-pied :				
- un tendon	30	KCC		
- deux tendons	45	KCC		
- trois tendons et plus	60	KCC		
Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un orteil avec ou sans la tête du métatarsien	10	KCC		
Amputation d'un orteil avec tout son métatarsien	30	KCC		
Plastie cutanée au niveau des orteils, quelle qu'en soit la technique	30	KCC		

Article 2. - Autres actes portant sur le pied

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Amputation ou désarticulation du pied, de l'articulation tibiotarsienne à l' interligne de Lisfranc	60	KCC		
Manipulation d'un pied bot suivie d'appareillage :				
- les trois premières séances	15			
- les suivantes	5			
Aponévrectomie plantaire isolée	50	KCC		
Traitement sanglant de la luxation des tendons péroniers	50	KCC		
Astragalectomie	50	KCC		
Excision de lésions cutanées (autres que verrues) suivie de fermeture par autoplastie locale ou par greffe	60	KCC		
Exérèse d'une ou plusieurs gaines synoviales	90	KCC	35	
Suture d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien pour rupture traumatique récente	60	KCC		
Plastie d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien, quelle qu'en soit la technique	80	KCC	35	
Ablation d'un névrome de Morton	40	KCC		
Arthrorise sous-astragaliennne ou médio-tarsienne	40	KCC		

Article 3. - Actes de pédicurie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibiotarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	4			E
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	6			E
Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	2			E
Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	3			E
Pansement petit	0,75			

Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,25			
Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	2			
Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	1,50			
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			
- pour les suivantes	1,50			

(1) Il faut entendre par ostéotomie, la section complète d'un os, effectuée dans le but d'en modifier la direction, la longueur ou la position. (Arrêté du 25-08-1995 - article 3 - JO du 14-09-1995).

TITRE XIII. - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

CHAPITRE I. - TESTS MENTAUX

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
La liste ci-dessous est limitative.				
Tout examen par tests mentaux implique l'établissement d'un compte rendu.				
Conformément à la règle générale, l'honoraire des actes ci-dessous ne peut se cumuler avec celui de la consultation ou de la visite.				
Par dérogation aux dispositions générales édictées par l'article 11 de la nomenclature et pour permettre l'emploi de batteries de tests au cours d'un même examen, l'addition de deux ou plusieurs coefficients correspondant à ces tests est autorisée sans abattement jusqu'à un maximum de K 36. Une seconde séance peut être autorisée dans les trente jours qui suivent avec un maximum similaire de K 16. En dehors de cet examen initial exceptionnellement renouvelé, le médecin peut pratiquer un examen de contrôle une fois par an, mais les tests effectués au cours de cet examen sont remboursables dans la limite d'un plafond de K 28 :				
Test de rétention visuelle de Benton	2			
Test de structuration visuelle de Bender	2			

Test de la figure complexe de Rey	2		
Test de latéralité ou de dominance latérale	2		
Test de vision des couleurs	2		
Test du dessin de Goodenough	2		
Test de la dame de Fay	2		
Test de mémorisation de mots de Rey	2		
Tests des cubes de Kohn	4		
Test de facteur général (progressive matrice 38, progressive matrice 47, test D 48, test de Cattell)	4		
Test de vocabulaire de Binois et Pichot	4		
Test de compréhension verbale de Bonnardel	4		
Labyrinthes de Porteus	4		
- avec analyse qualitative	6		
Test Z de Zulliger	4		
Test de phrases à compléter	4		
Inventaire de développement de Gesell ou adaptation de Brunet-Lézine	8		
Échelle de performance de Grace Arthur	8		
Échelle de performance de Borelli Oléron	8		
Échelle de performance d'Alexander	8		
Échelle d'intelligence de Binet-Simon	8		
Révision Stanford de Binet-Simon	8		
Nouvelle révision de Binet-Simon	8		
Test de Terman ou Terman Merrill	10		
Test de nouvelle échelle métrique d'intelligence	10		
Test Wechsler Bellevue	8		
Test de Head pour aphasique	8		
Test du double barrage de Zazzo	8		
Test film de Gille	8		
Questionnaire 16 PF de Cattell	8		
Questionnaire PNP	8		

Test d'intelligence de Borel-Maisonny	8			
Échelle de maturité mentale de Columbia	8			
Test du village d'Arthus	12			
Test du monde de Bulher	12			
Tests de frustration de Rosenzweig	12			
CAT	12			
Test de Blacky	12			
Inventaire multiphasique de Minnesota (MMPI)	16			
Test de Rorschach	20			
TAT, test de Symonds	16			
Test PMK (psycho-myo-kinétique) de Myra y Lopez	16			
Échelle d'intelligence de Wechsler :				
- pour enfants WISC ou pour adultes WAIS	16			
Test "patte noire"	16			
Sceno test	16			

CHAPITRE II. - ACTES DE THÉRAPEUTIQUE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement	10			
Électrochoc ou électronarcose ou convulsivothérapie par agent chimique, la séance	8			
- une demande d'entente préalable doit être formulée, s'il y a lieu, après la huitième séance.				
Électrochoc sous anesthésie générale pratiquée par le médecin effectuant l'électrochoc, la séance	18			
- une demande d'entente préalable doit être formulée, s'il y a lieu, après la huitième séance.				
Choc insulinique avec sudation ou coma et resucrage en cours d'hospitalisation dans un établissement spécialisé	15			
Narcoanalyse, la séance, avec maximum de six séances	10			
Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de	CNPSY 0,8			

soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour				
- une demande d'entente préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours.				
Psychothérapie de groupe (entente préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de 3/4 d'heure				
- moins de 4 ou 5 malades, par malade	3			E
- de 6 ou 8 malades, par malade	2			E
- de 8 ou 9 malades, par malade	1,5			E
Désintoxication alcoolique par apomorphine, par séance avec un maximum de 15 séances	6			
Désintoxication alcoolique par tétraéthylthiourane, par séance avec un maximum de 8 séances	6			

TITRE XIV. - ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la procédure de l'entente préalable.

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 se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manoeuvres 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 (1).

(1) 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.

CHAPITRE I. - ACTES DE DIAGNOSTIC

Section 1. - ACTES ISOLÉS

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.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :				
- pour un membre	5			
- pour deux membres ou un membre et le tronc	8			
- pour tout le corps	10			
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			
- pour deux membres	10			
- pour tout le corps	20			

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'entente 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'entente 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.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.				

Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous	8,1			
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires	10,1			

CHAPITRE II. - TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Article premier. - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques (actes affectés de la lettre clé AMS).

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre)	7			E
Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9			E
Rééducation et réadaptation, après amputation y compris l'adaptation à l'appareillage:				
- amputation de tout ou partie d'un membre	7			E
- amputation de tout ou partie de plusieurs membres	9			E
Les cotations afférentes aux quatre actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.				
Rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation. est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur)	7			E
Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis	7			E

Article 2. - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)				
- atteinte localisée à un membre ou le tronc	7			E
- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9			E

Article 3. - Rééducation de la paroi abdominale

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	7			E
Rééducation abdominale du post-partum	7			E

Article 4. - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires				
- atteintes localisées à un membre ou à la face	7			E
- atteintes intéressant plusieurs membres	9			E
Rééducation de l'hémiplégie	8			E
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	10			E
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	7			E
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	9			E
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	10			E
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile	10			E

Article 5. - Rééducation des conséquences des affections respiratoires.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique, poussée aiguë au cours d'une mucoviscidose)	8			E
Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique.				
Par dérogation aux dispositions liminaires du titre XIV, dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des Dispositions générales sont applicables à ces deux actes.				
Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8			E
Rééducation respiratoire pré-opératoire ou post-opératoire	8			E

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

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7			E
Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	7			E
Rééducation des troubles de la déglutition isolés	7			E

Article 7. - Rééducation des conséquences des affectations vasculaires.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	7			E
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement artériel et/ou troubles trophiques	7			E
Rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel:				
- pour un membre ou pour le cou et la face	7			E

- pour deux membres	9			E
Supplément pour bandage multicouche :				
- un membre	1			E
- deux membres	2			E

Article 8. - Rééducation des conséquences des affections périnéo-sphinctériennes.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	7			E

Article 9. - Rééducation de la déambulation du sujet âgé.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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			E
Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)	6			E
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en oeuvre de la rééducation précédente.				

Article 10. - Rééducation des patients atteints de brûlures.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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	7			E
Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9			E

Article 11. - Soins palliatifs.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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			E

Article 12. - Manipulations vertébrales.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
La séance, avec un maximum de trois séances	7			E

CHAPITRE III. - MODALITÉS PARTICULIÈRES DE CONDUITE DU TRAITEMENT

Article premier: - Traitements de groupe.

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.

Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

Article 2. - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients.

Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée.

La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

CHAPITRE IV. - DIVERS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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)	1,2			E
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m)	2,2			E

TITRE XV. - ACTES DIVERS

CHAPITRE I. - ACTES D'URGENCE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes : - détresse respiratoire ; - détresse cardiaque ; - détresse d'origine allergique ; - état aigu d'agitation ; - état de mal comitial ; - détresse d'origine traumatique.	25	K		

CHAPITRE II. - RÉANIMATION CONTINUE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Traitement d'un malade atteint de delirium tremens, ou d'un malade non opéré présentant un état de choc, ou de coma, ou de détresse respiratoire ou circulatoire nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation dans un établissement de soins, par un médecin, avec un maximum de deux malades par médecin et de trois jours par malade, par 24 heures	30			
Surveillance dans un centre spécialisé de réanimation par une équipe de plusieurs médecins spécialistes s'occupant au maximum de dix malades, un médecin au moins	50			

étant présent de façon constante, pour un malade nécessitant des manoeuvres de réanimation, complexes éventuellement associées, pour l'équipe, par malade, et par 24 heures, avec un maximum de quinze jours				
--	--	--	--	--

CHAPITRE III. - HYPERBARIE THÉRAPEUTIQUE

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Oxygénothérapie hyperbare, en série, séance quotidienne d'une heure, y compris la surveillance par tous procédés, à une pression de deux à trois bares absolues (ATA), avec un maximum de dix séances renouvelables, par séance et par malade	15			E
Traitement par hyperbarie, avec ou sans enrichissement en oxygène, des états de détresse cardio-respiratoire et des accidents de plongée, comprenant l'ensemble des actes de réanimation nécessaires, par vacation de six heures :				
- le médecin étant en dehors du caisson	50			
- le médecin étant à l'intérieur du caisson	100			

CHAPITRE IV. - CURES THERMALES

Article premier. - Entente préalable

1° La caisse d'assurance maladie ne participe aux frais d'honoraires médicaux et aux frais de traitement dans un établissement thermal agréé que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de prendre en charge la cure thermique.

À cet effet, le malade est tenu d'adresser, préalablement à la date présumée de départ en cure, au contrôle médical de la caisse, une demande d'entente préalable pour cure thermique établie sur un imprimé conforme au modèle arrêté par le ministre chargé de la Sécurité sociale et le ministre de l'Agriculture. La date d'envoi de la demande est attestée par le timbre date des services postaux.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES RELATIVES À LA SUSPENSION DE LA FORMALITÉ D'ENTENTE PRÉALABLE :

[Arrêté du 12-03-1997, article premier (JO 19-03-1997) : les dispositions relatives à la formalité de l'entente préalable figurant à l'article premier sont suspendues pour une durée de deux ans, à compter du 19-03-1997.]

[Arrêté du 02-11-1999, article 1er (JO 13-11-1999) : les dispositions relatives à la formalité de l'entente préalable figurant à l'article 1er sont suspendues pour une durée d'un an à compter de la date de publication du présent arrêté.]

[Autorisation à titre exceptionnel du maintien de la convention nationale thermale conclue le 05-03-1997 qui a fait l'objet d'une reconduction tacite d'une durée d'un an dans son texte initial et ses annexes et avenants, par lettre ministérielle du 28-02-2003 transmise par circulaire DRM 47 / 2003 du 26-03-2003. Cette autorisation vaut jusqu'à la publication de la nouvelle convention thermale au JO de la RF.]

2° Sur la partie de l'imprimé qui lui est réservée, le médecin prescripteur de la cure thermale indique notamment l'orientation thérapeutique motivant la cure, éventuellement une autre orientation, et la station proposée, compte tenu de la liste qui figure à l'article 4 ci-après.

Pour le traitement des affections des muqueuses bucco-linguales et des parodontopathies, la prescription peut être également établie par un chirurgien-dentiste.

Sur la partie confidentielle, destinée à la seule information du médecin-conseil, le médecin ou chirurgien-dentiste prescripteur porte les motifs médicaux de sa prescription (nature de la ou des affections, nature des examens et traitements antérieurs et résultats de ceux-ci).

3° La réponse de la caisse doit être adressée au malade au plus tard le vingt et unième jour suivant l'envoi de la demande.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis.

4° La prise en charge est valable pour la durée normale d'une cure thermale. Celle-ci est comprise entre dix-huit et vingt et un jours.

Article 2. - Honoraires de surveillance médicale

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 pendant la durée normale de la cure et se rapportant directement à l'affection ayant provoqué la cure.

Article 3. - Pratiques médicales complémentaires

Le tableau ci-après indique les pratiques médicales thermales qui, lorsqu'elles sont effectuées dans certaines stations limitativement énumérées et pour l'orientation thérapeutique précisée, donnent droit à un honoraire spécial s'ajoutant au forfait visé à l'article 2 :

Pratiques médicales complémentaires et orientations thérapeutiques	Stations thermales	Honoraires par séance
Douches filiformes : dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.	Avène-les-Bains (2), La Bourboule, Les Fumades, Moliets-les-Bains, Neyrac-les-Bains (2), Rochefort-sur-Mer (2), La Roche-Posay, Sail-les-Bains, Saint-Christau, Saint-Gervais-les-Bains, Tercis-les-Bains, Uriage.	2 avec un maximum de 18 séances.

Douches médicales : thérapeutiques des affections psychosomatiques	Bagnères-de-Bigorre, (1), Divonne-les-Bains, Saujon.	1,5 avec un maximum de 21 séances
Insufflations de trompe : voies respiratoires	Aix-les-bains (Marlioz) (1), Allevard, Amélie-les-Bains, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnols-les-Bains, Barèges-Sers (3) Berthemont, La Bourboule (2), Cambo-les-bains (1), Camoins-les-Bains, Cauterets, Challes-les-Eaux, Digne (2), Les Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes (2), Enghien-les-Bains, Les Fumades, Gréoux-les-Bains, Luchon, Mollitg-les-Bains, Montbrun-les-Bains, Le Mont-Dore, Saint-Gervais-les-Bains, Saint-Honoré, Saint Sauveur-les-Bains (2), Tercis-les-Bains, Uriage, Vernet-les-Bains,	1,5 avec un maximum de 15 séances
Douches pharyngiennes : voies respiratoires	Aix-les-bains (Marlioz) (1), Allevard, Amélie-les-Bains, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnols-les-Bains, Barèges-Sers (3), Berthemont-les-Bains, La Bourboule (2), Cambo-les-bains (1), Cauterets, Challes-les-Eaux, Les Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes (2), Enghien-les-Bains, Les Fumades, Gréoux-les-Bains, Luchon, Mollitg-les-Bains, Montbrun-les-Bains, Le Mont-Dore, Saint-Gervais-les-Bains, Saint-Honoré, Saint-Sauveur-les-Bains (2), Tercis-les-Bains, Vernet-les-Bains (2).	1 avec un maximum de 18 séances
Injection de gaz thermaux : maladies cardio-artérielles, rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.	Le Mont-Dore, Royat, Le Boulou (4).	1,5 avec un maximum de 18 séances
Injection d'eau minérale : rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires, dermatologie.	Ax-les-Thermes, Rochefort-sur-mer, Tercis-les-Bains, Uriage.	1 avec un maximum de 20 séances
Drainage manuel de stases veineuse dans le bain : phlébologie	Bagnoles-de-l'Orne, Barbotan, (1), Luxeuil	1,5 avec un maximum de 12 séances
Méthode de déplacement de Proëtz : voies respiratoires	Aix-les-bains (Marlioz) (1), Amélie-les-Bains, Ax-les-Thermes, Bagnols-les-Bains, Barèges-Sers (3) Berthemont-les-Bains, La Bourboule (2), Cambo-les-bains (1), Camoins-les-Bains (2), Cauterets, Challes-les-Eaux, Digne (2), Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes (2), Les Fumades, Gréoux-les-Bains, Luchon, Mollitg-les-Bains, Montbrun-les-Bains, Le Mont-Dore, Saint-Gervais-les-Bains, Saint-Honoré-les-Bains, Saint-Sauveur-les-Bains (2), Uriage, Vernet-les-Bains.	3 avec un maximum de 10 séances
Columnisation du vagin : gynécologie	Saint-Sauveur-les-Bains (ou Luz-Saint-Sauveur), Salies-de-Béarn.	2 avec un maximum de 10 séances

- (1) arrêté du 28-08-1990
- (2) arrêté du 29-06-1992
- (3) arrêté du 16-05-1994
- (4) arrêté du 12-01-1999

Article 4. - Stations thermales pour lesquelles une prise en charge peut être accordée

(les orientations thérapeutiques sont indiquées par ordre décroissant d'importance)

(art. 1er de l'arrêté du 06-04-1981 - JO. des 01-05-1981 et 02-05-1981)

Note de la CNAMTS: La prise en charge peut être accordée pour les stations inscrites sur la présente liste, sous réserve que l'établissement thermal considéré soit agréé et entre dans le champ d'application de la convention nationale thermale du 26-06-1972

Stations thermales	Orientations thérapeutiques
Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).	Phlébologie. Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Aix-les-Bains (Savoie).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires (thermes nationaux).
Aix-les-Bains - Marlioz (Savoie).	Voies respiratoires. Affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.
Alet-les-Bains (Aude).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Allevard-les-Bains (Isère).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Amnéville (Moselle).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées).	Phlébologie. Voies respiratoires.
Aulus-les-Bains (Ariège).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques.
Aurensan (Gers)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Avène-les-Bains (Hérault).	Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.

Ax-les-Termes (Ariège).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Thérapeutiques des affections psychosomatiques. Voies respiratoires.
Bagnoles-de-L'Orne (Orne).	Phlébologie. Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Bagnols-les-Bains (Lozère).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Bains-les-Bains (Vosges).	Maladies cardio-artérielles. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Balaruc (Hérault).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie - maladies de l'appareil génital en complément de la rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Barbazan (Haute-Garonne).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Barbotan (Gers).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Phlébologie.
Barèges - Sers (Barzun) [Hautes-Pyrénées].	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Beaucens (Hautes-Pyrénées).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Berthemont-les-Bains (Alpes-Maritimes).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Boulou (Le) [Pyrénées-Orientales].	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Maladies cardio-artérielles.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Maladies cardio-artérielles.
Bourbon-l'Archambault (Allier)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie - maladies de l'appareil génital.
Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Bourboule (La) [Puy-de-Dôme].	Voies respiratoires. Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales. Troubles de croissance.

Brides-les-Bains - Salins-les-Thermes (Savoie).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Cambo-les-Bains (Pyrénées-Atlantiques).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Camoins-les-Bains (Bouches-du-Rhône).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Capvern-les-Bains (Hautes-Pyrénées).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Casteljaloux (Lot-et-Garonne)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Castera-Verduzan (Gers).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.
Cauterets (Hautes-Pyrénées).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
La Chalnette (Lozère)	Voies respiratoires. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Challes-les-Eaux (Savoie).	Voies respiratoires. Gynécologie - maladies de l'appareil génital.
Charbonnières-les-Bains (Rhône).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Neurologie.
Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Gynécologie - maladies de l'appareil génital.
Chaudes-Aigues (Cantal).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Cilaos (La Réunion).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Contrexéville (Vosges).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Cransac (Aveyron).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Dax (Landes).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie - maladies de l'appareil génital - Phlébologie.
Digne (Alpes-de-Haute-Provence).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies

	respiratoires.
Divonne-les-Bains (Ain).	Thérapeutiques des affections psychosomatiques.
Eaux-Bonnes (Les) [Pyrénées-Atlantiques]	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Eaux-Chaudes (Les) [Pyrénées-Atlantiques].	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Enghien-les-Bains (Val-d'Oise).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Eugénie-les-Bains (Landes).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Évaux-les-Bains (Creuse).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Phlébologie.
Évian-les-Bains (Haute-Savoie).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Fumades (Les) [Gard].	Voies respiratoires. Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.
Gréoux-les-Bains (Alpes-de-Haute-Provence).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Guagno-les-Bains (Corse-du-Sud).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Isolaccio-di-Fiumorbo - Pietra-pola (Haute-Corse).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Jonzac (Charente-Maritime)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires. Phlébologie.
Lamalou-les-Bains (Hérault).	Neurologie. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Lechère-les-Bains (La) [Savoie].	Phlébologie. Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Lectoure (Gers)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Lons-le-Saunier (Jura).	Troubles de croissance. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Luchon (Haute-Garonne).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-

	articulaires.
Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône).	Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Phlébologie. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Luz-Saint-Sauveur.	Voir Saint-Sauveur-les-Bains.
Maizières (Cote-d'Or).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Thérapeutiques des affections psychosomatiques.
Molitg-les-Bains (Pyrénées-Orientales).	Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales. Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Montbrun-les-Bains (Drôme).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles des traumatismes ostéo-articulaires.
Mont-Dore (Le) [Puy-de-Dôme].	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Montrond (Loire).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Morsbronn-les-Bains (Bas-Rhin).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Néris-les-Bains (Allier).	Thérapeutiques des affections psychosomatiques. Neurologie. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Neyrac-les-Bains (Ardèche).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie.
Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Pechelbronn (Bas-Rhin).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Pietrapola (Haute-Corse).	Voir Isolaccio-di-Fiumorbo.
Plombières (Vosges).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Pougues-les-Eaux (Nièvre) (Cette station est fermée depuis 1976)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Préchacq-les-Bains (Landes).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Preste-les-Bains (La) [Pyrénées-Orientales].	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Rhumatologie.
Propiac (Drôme).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.

Rennes-les-Bains (Aude).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Rochefort-sur-Mer (Charente-Maritime).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales. Phlébologie.
Roche-Posay (La) [Vienne].	Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.
Royat (Puy-de-Dôme).	Maladies cardio-artérielles. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Sail-les-Bains (Loire).	Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.
Saint-Amand-les-Eaux (Nord).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Saint-Christau (Pyrénées-Atlantiques).	Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.
Saint-Claude - Matouba - Papaye (Guadeloupe).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie. Voies respiratoires.
Saint-Gervais (Haute-Savoie).	Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales. Voies respiratoires.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saint-Lary (Hautes-Pyrénées).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques.
Saint-Paul-lès-Dax (Landes).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Phlébologie.
Saint-Sauveur-les-Bains - Luz-Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées).	Phlébologie. Voies respiratoires. Gynécologie, maladies de l'appareil génital.

Salies-de-Béarn (Pyrénées-Atlantiques).	Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Troubles de croissance.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne).	Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Troubles de croissance. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Salins-les-Bains (Jura).	Troubles de croissance. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie - maladies de l'appareil génital.
Santenay-les-Bains (Côte-d'Or).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saubusse (Landes).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Phlébologie.
Saujon (Charente-Maritime).	Thérapeutiques des affections psychosomatiques.
Tercis-les-Bains (Landes).	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales.
Thonon-les-Bains (Haute-Savoie).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Uriage (Isère).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales. Voies respiratoires.
Ussat-les-Bains (Ariège).	Neurologie. Gynécologie - maladies de l'appareil génital. Thérapeutiques des affections psychosomatiques.
Vals-les-Bains (Ardèche).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales).	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Vichy (Allier).	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Vittel (Vosges).	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.

CHAPITRE V. - ACTES UTILISANT LES AGENTS PHYSIQUES

Article premier. - Actes de diagnostic

(Cet article a été remplacé par l'arrêté du 16-06-1994, (JO du 06-07-1994)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Pour donner lieu à remboursement, tout acte d'échographie, d'échotomographie ou de doppler doit être accompagné d'un compte rendu détaillé et d'une iconographie appropriée portant sur chacun des organes étudiés.				
Le compte rendu indique le type d'appareil avec lequel a été pratiqué l'examen et sa date de première mise en service.				
Pour tout examen d'échographie ou d'échotomographie réalisé sur un appareil de plus de sept ans et n'ayant pas une attestation de remise à niveau, la cotation est minorée de 50 %.				
Les cotations ci-dessous comprennent l'iconographie. Elles ne sont pas cumulables entre elles.				
1° Échographies non obstétricales :				
Échocardiogramme bidimensionnel et temps mouvement, avec tracé électrocardiographique de référence et analyse qualitative et quantitative, associé au doppler pulsé et continu	50			
Échocardiogramme bidimensionnel et temps mouvement avec tracé électrocardiographique de référence et analyse qualitative et quantitative, associé au doppler pulsé et continu, par voie transoesophagienne, réalisé en milieu disposant des moyens nécessaires à la réanimation	65			
Ces examens doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable à partir du troisième examen réalisé dans un délai de six mois.				
Examen échographique mammaire (unilatéral ou bilatéral)	22			
Examen échographique d'un organe superficiel ou thoracique	20			
Examen échographique d'un ou plusieurs organes intra-abdominaux	30			
Examen échographique d'un ou plusieurs organes intra-pelviens, à l'exception de la surveillance du monitoring de l'ovulation	30			
Ces cotations ne s'appliquent ni au diagnostic ni à la surveillance d'une grossesse intra-utérine.				

Examen échographique pour surveillance du monitoring de l'ovulation avec un maximum de trois examens par cycle	20			
Examen échographique du système urinaire : reins, uretère, vessie et, le cas échéant, prostate	30			
Examen échographique d'organes intra-abdominaux et intra-pelviens au cours d'une même séance (à l'exception de l'étude isolée de l'appareil urinaire)	40			
Examen échographique d'organes intra-abdominaux et/ou intra-pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules	45			
Ces cotations ne sont pas applicables au contrôle ou à la surveillance d'une pathologie.				
Contrôle ou surveillance échographique d'une pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intra-pelviens (ex. : surveillance de lithiases rénales ou vésiculaires, surveillance de métastases hépatiques,...)	20			
Ces examens doivent faire l'objet d'une demande d' entente préalable à partir du troisième examen dans un délai de six mois.				
2° Échographies obstétricales :				
Suivi d'une grossesse normale : un examen par trimestre				
Examen échographique au cours du premier trimestre comportant au minimum : identification et vitalité du contenu utérin, datation de la grossesse, y compris l'examen éventuel des ovaires	16			
Examen échographique au cours du second trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, bilan morphologique foetal complet, biométrie et vitalité, y compris l'examen éventuel des ovaires :				
- un foetus	30			
- deux foetus ou plus	60			
Examen échographique au cours du troisième trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, présentation et vitalité foetale, biométrie et morphologie, y compris l'examen éventuel des ovaires :				
- un foetus	20			
- deux foetus ou plus	40			
Surveillance échographique pour pathologie gravidique foetale ou maternelle, avec rédaction d'un dossier médical qui est communiqué au contrôle médical sur demande :				
- un foetus	16			E

- deux foetus ou plus	32			E
Examen de complément de l'échographie du deuxième trimestre ou du troisième trimestre, réalisé par un médecin autre que celui ayant effectué le premier examen, demandé sur signe d'appels échographiques, en cas de suspicion de pathologie foetale sévère:				
<i>Une copie du compte rendu de l'examen initial motivant un examen de complément doit être impérativement jointe à la demande d'entente préalable. (Disposition de l'arrêté du 16-06-1994 annulée par arrêt du Conseil d'État - section du contentieux n° 160557 du 26-07-1996)</i>				
Examen au cours du deuxième trimestre :				
- un foetus	30			E
- deux foetus ou plus	60			E
Examen au cours du troisième trimestre :				
- un foetus	20			E
- deux foetus ou plus	40			E
3° Autres examens échographiques :				
Examen échographique artériel et/ou veineux avec doppler pulsé :				
Étude cervico-encéphalique et/ou des vaisseaux des membres supérieurs	40			
Étude des vaisseaux de l'abdomen et, le cas échéant, des membres inférieurs	40			
Examen polyvasculaire en un seul temps regroupant les deux études ci-dessus	60			
Contrôle ou surveillance d'une pathologie	20			
Cet acte doit faire l'objet d'une demande d'entente préalable à partir du troisième examen de contrôle dans un délai de six mois.				
4° Examens vélocimétriques :				
Examen par doppler continu isolé	14			

Article 2. - Électrothérapie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Ces actes sont soumis à la formalité de l'entente préalable :				
1° Courants galvaniques, faradiques ou excitomoteurs, ultrasons, diathermie, ondes courtes en application de surface par séance d'une durée de 20 minutes comportant la	3			E

mise en place d'électrodes fixes de surface au niveau de la peau				
- en application intracavitaire	4			E
2° Courants excitomoteurs par électrode mobile ou courants progressifs	5			E

Article 3. - Imagerie par résonance magnétique nucléaire (arrêté du 30-05-1997 - JO du 01-06-1997)

L'arrêté du 30-05-1997 a pris effet au 02-05-1998, date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 20-04-1998 (JO du 30-04-1998 approuvant l'avenant à la Convention nationale des médecins déterminant les valeurs tarifaires des forfaits techniques.

Ces dispositions ont été maintenues par les arrêtés du 10-07-1998 et du 13-11-1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

La rémunération d'un examen d'imagerie par résonance magnétique nucléaire est obtenu par l'addition d'une base fixe de cotation de l'examen (C 3 si l'examen est réalisé par un médecin généraliste et CS 3 si l'examen est réalisé par un médecin spécialiste) et d'un forfait technique.

Le forfait technique rémunère notamment les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil.

Le montant du forfait technique varie en fonction de la puissance du champ magnétique principal de l'imageur, de la zone géographique dans laquelle il est implanté et de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence. Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique est appliqué.

Les seuils d'activité de référence sont établis en fonction de la puissance du champ magnétique de l'aimant et sont annexés au présent chapitre.

La valeur monétaire du forfait technique et celle du forfait technique réduit sont fixées dans les mêmes conditions que les valeurs des lettres clés.

Le montant du forfait technique ne tient pas compte du coût du produit de contraste. »

ANNEXE

Seuils d'activité de référence annuelle des IRM (1) pour l'ensemble des matériels installés quelle que soit leur date d'installation

Puissance de l'imageur	< 0,5 T	0,5 T	1 T	> 1 T
Activité de référence (nombre d'actes)	3500	4000	4000	4500

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

Lorsque l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte réalisé sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Sont reproduites ci-dessous les dispositions figurant à l'annexe 3, paragraphe g) du règlement conventionnel minimal publié par arrêté du [10-07-1998](#) (JO du [12-07-1998](#))

g) Actes de scanographie et d'IRM:

Les actes de scanographie et d'IRM sont rémunérés par l'addition d'une base fixe et d'un forfait technique en application des dispositions de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Les modalités pratiques de facturation et de règlement du forfait technique, auquel sont appliquées la dispense d'avance des frais et l'exonération du ticket modérateur, sont fixées par une convention conclue au niveau local et conforme au modèle défini par les caisses nationales d'assurance maladie.

Le montant du forfait technique varie en fonction de l'année d'installation de l'appareil, c'est-à-dire l'année civile pendant laquelle a eu lieu la visite de conformité (prévue par l'article L. 712.12 du code de la santé publique), de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé (appareil de scanographie), de la puissance du champ magnétique de l'appareil autorisé (appareil d'IRM) et du nombre d'examens effectués.

Au-delà du nombre d'examens correspondant à l'activité de référence, un forfait réduit est appliqué.

Les seuils d'activité de référence et la classification à laquelle appartient l'appareil autorisé sont fixés par un arrêté interministériel modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur sept ans. Ainsi, en 1998, sont considérés comme amortis les appareils qui ont sept ans révolus au [01-01-1998](#), c'est-à-dire les appareils dont la visite de conformité a eu lieu en 1990 ou dans les années antérieures. Pour les matériels considérés comme amortis, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel.

Pour chaque appareil, un registre chronologique doit être tenu, par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour chaque acte réalisé et présenté au remboursement:

- son numéro d'ordre;
- la date de réalisation;
- les nom et qualité du médecin l'ayant effectué;
- les nom et prénom du patient;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré ou, à défaut, la couverture sociale dont il bénéficie.

Pour les actes de scanographie, dans le cas où deux actes sont facturés pour un même patient (cas d'examen simultané sur les régions anatomiques énumérées dans l'arrêté de nomenclature des actes de scanographie), chaque acte doit comporter un numéro d'ordre différent.

Le décompte des actes doit être effectué par année civile il débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Si l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Dispositions applicables aux appareils IRM en attente de tarification

Pour les appareils autorisés à fonctionner et pour lesquels aucun des tarifs des forfaits techniques n'est applicable à la date d'installation, il convient d'appliquer jusqu'à la fixation du tarif le montant du forfait technique correspondant aux appareils de même puissance du champ magnétique, installés l'année précédente, dans la zone géographique où est installé l'appareil.

Tarifs (en euros) des forfaits techniques IRM pour 2003

Annexe fixant les tarifs des forfaits des actes d'IRM à l'arrêté du 22-09-2003 portant modification du règlement conventionnel minimal paru au JO du 25-09-2003

Puissance de l'imageur	< 0,5 Tesla	0,5 Tesla	1 Tesla	> 1 Tesla
Activité de référence	3500	4000	4000	4500
Appareils amortis (1) :				
Paris	182.18	182.18	182.18	182.18
Région parisienne (hors Paris)	174.55	174.55	174.55	174.55
Province	163.88	163.88	163.88	163.88
Appareils installés entre le 01-01-1996 et le 31-12-1996:				
Paris	217.24	212.67	238.58	251.54
Région parisienne (hors Paris)	211.14	205.04	230.96	243.92
Province	200.47	196.66	223.34	234.01
Appareils installés entre le 01-01-1997 et le 31-12-1999:				
Paris	211.14	206.57	232.48	244.68
Région parisienne (hors Paris)	205.04	188.95	224.86	237.06
Province	194.37	190.56	217.24	227.15
Appareils installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2003:				
Paris	211.14	206.57	232.48	244.68
Région parisienne (hors Paris)	205.04	198.95	224.86	237.06
Province	194.37	190.56	217.24	227.15
Forfait réduit toutes régions, tous appareils	85.68	85.68	85.68	85.68
(1) Pour l'année 2003, sont considérés « amortis » les appareils installés avant le 01-01-1996. Si deux tarifs paraissent s'appliquer à un appareil installé depuis plus de sept ans révolus, c'est le tarif des appareils amortis qu'il faut retenir.				

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE I. - SOINS DE PRATIQUE COURANTE

Article 1er. - Prélèvements et injections

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5			
Saignée	5			
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1			
Injection intraveineuse directe isolée	2			
Injection intraveineuse directe en série	1,5			
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2			
Injection intramusculaire	1			
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5			
Injection sous-cutanée	1			
Injection intradermique	1			
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			
Injection d'un implant sous-cutané	2,5			
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2			

Article 2. - Pansements courants

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Pansement de stomie	2			
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	2,25			

Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2			
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4			
Autre pansement	2			

Article 3. - Pansements lourds et complexes

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse :				
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieures à 5 % de la surface corporelle	4			
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4			
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	4			
Pansement de fistule digestive	4			
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4			
Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation	4			
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4			
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4			

Article 4. - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Pose de sonde gastrique	3			
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 5. - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Séance d'aérosol	1,5			
Lavage d'un sinus	2			

Article 6. - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Injection vaginale	1,25			
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5			
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			
Éducation 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			
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			
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1			

Article 7. - Soins portant sur l'appareil digestif

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25			
Lavement évacuateur ou médicamenteux	3			
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3			

Article 8. - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25			
Réalisation de test tuberculinique	0,5			
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1			

Article 9. - Perfusions

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile : infuseur, pompe portable, pousse-seringue	3			
Pose de perfusion par voie sous-cutanée ou rectale	2			
Pose ou changement d'un dispositif intraveineux	3			
Changement de flacon(s) ou branchement sur dispositif en place	2			
Arrêt et retrait du dispositif de la perfusion, pansement éventuel, tenue du dossier de soins et transmission des informations au médecin prescripteur	1			
Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) :				
- de moins de huit heures	2			
- de plus de huit heures	4			
Les cotations des différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à l'article 11 B des dispositions générales. Ces cotations comprennent, le cas échéant, l'injection de produits médicamenteux par l'intermédiaire d'une tubulure.				

Article 10. - Surveillance et observation d'un patient à domicile

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
-----------------------	------	-----	-----	----

Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (*) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1			
Au-delà du premier mois, par passage	1			E
(*) 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 ou handicapées mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30-06-1975 modifiée, à l'exception toutefois des logements-foyers non médicalisés				
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en oeuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, sauf pour les patients diabétiques insulino-dépendants, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1			

Article 11. - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente

AVERTISSEMENT :

Par arrêté du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées en date du **04-10-2002** (JO du **16-10-2002**), sont fixés les modèles des formulaires relatifs à la " démarche de soins infirmiers " (1) homologués par la commission pour les simplifications administratives (COSA) dans les conditions suivantes :

S3740 " démarche de soins infirmiers. - Prescription " homologué sous le numéro 12102*01 ;

S3741 " démarche de soins infirmiers. - Format A 3 " homologué sous le numéro 12103*01 ;

S3742 " démarche de soins infirmiers. - Résumé " homologué sous le numéro 12104*01.

(1) Ces formulaires peuvent être obtenus auprès des organismes d'assurance maladie. Ils sont également accessibles sur les sites internet : www.cosa.gouv.fr et www.cnamts.fr.

Les actes prévus au paragraphe 1 suivant sont cotés avec la lettre clés DI

Les actes prévus aux paragraphes 2, 3 et 4 suivant, sont cotés avec la lettre clés AIS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1. Élaboration de la démarche de soins infirmiers à domicile nécessaires à la réalisation de séances				

de soins infirmiers ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention d'un patient dépendant ou à la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social.				
Pour un même patient :				
- Les éventuelles démarches de soins infirmiers prescrites par le médecin au-delà de cinq sur douze mois, y compris la première, ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie ;				
- La première démarche de soins infirmiers est cotée	1,5	DI		
- Les démarches de soins infirmiers suivantes sont cotées	1	DI		
La cotation de la démarche de soins infirmiers inclut :				
a) La planification des soins qui résulte de :				
1° L'observation et l'analyse de la situation du patient ;				
2° Le ou les diagnostic(s) infirmier(s) ;				
3° La détermination des objectifs de soins et des délais pour les atteindre, des actions de soins infirmiers ou de surveillance clinique infirmière et de prévention à effectuer ou de la mise en place d'un programme d'aide personnalisée ;				
b) La rédaction du résumé de la démarche de soins infirmiers qui comporte :				
D'une part :				
1° Les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ;				
2° 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 oeuvre pour chacun d'eux ;				
3° Les autres risques présentés par le patient ;				
4° L'objectif global de soins,				
D'autre part, la prescription :				
1° De séances de soins infirmiers ;				
2° Ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ;				
3° Ou de mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée				
Ou				
1° De séances de soins infirmiers puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ;				

2° De la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ;				
c) La transmission du résumé de la démarche de soins infirmiers par l'infirmier au médecin.				
L'intégralité de la démarche de soins infirmiers est transmise au médecin prescripteur, au médecin-conseil et au patient, à leur demande.				
Pour un même patient :				
1° Le résumé de la première démarche de soins infirmiers est transmis par l'infirmier au médecin. Au terme d'un délai de 72 heures suivant cette transmission, ce résumé est considéré comme ayant l'accord tacite du médecin sauf observation de ce dernier ;				
2° Les résumés des éventuelles démarches de soins suivantes sont signés par l'infirmier et par le médecin.				
Le résumé de la démarche de soins infirmiers constitue le support de la demande d'entente préalable.				
2. Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures	3	AIS		E
La séance de soins infirmiers 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.				
La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.				
Par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation d'une perfusion, telle que définie au chapitre 1er ou au chapitre II du présent titre, ou d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse.				
La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.				
3. Mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures	3,1	AIS		E

La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable d'une démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois la première année de mise en oeuvre de l'arrêté, à deux mois la deuxième année de sa mise en oeuvre, et à quinze jours, renouvelable une fois, à partir de la troisième année de sa mise en oeuvre.				
4. Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure	4	AIS		E
Cet acte comporte : - le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ; - la vérification de l'observance du traitement et de sa planification; - le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ; - le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée; - la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ; - la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.				
Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en oeuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11 B des dispositions générales.				
La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.				

Article 12. - Garde à domicile

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole				

écrit				
Par période de six heures :				
- entre 8 heures et 20 heures	13			E
- entre 20 heures et 8 heures	16			E
Ces cotations incluent les actes infirmiers				
La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde				

CHAPITRE II. - SOINS SPÉCIALISÉS

Soins demandant une actualisation des compétences, 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	Ch/S	L.C	ARE	EP
Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement:				
- cathéter péritonéal: soins au sérum physiologique et pansement	4			
- cathéter veineux central ou site implantable: héparinisation et pansement	4			
Pansement de cathéter(s) veineux central ou péritonéal sans héparinisation	3			

Article 2. - Injections et prélèvements

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural	5			E
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4			
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3			

Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1		
---	---	--	--

Article 3. - Perfusion intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter veineux central ou d'un site implanté

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile, infuseur, pompe portable, pousse-seringue	3			
Branchement de la perfusion et mise en route du dispositif	4			
Changement de flacon (s)	2			
Arrêt et retrait du dispositif, y compris l'héparinisation et le pansement	3			
Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être cotés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) :				
- de moins de huit heures	2			
- de plus de huit heures	4			
Les cotations des différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.				

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

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Soins portant sur l'appareil respiratoire				
Séance d'aérosols à visée prophylactique	5			
Injections :				
Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5			
Injection intraveineuse	2,5			
Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7			
Perfusions, surveillance et planification des soins				
Pour les chimiothérapies anticancéreuses, l'infirmier doit indiquer le nom de				

l'établissement hospitalier dans lequel il a suivi la formation spécifique.				
L'infirmier doit communiquer à l'organisme d'assurance maladie le protocole thérapeutique rédigé par le médecin prescripteur.				
L'infirmier doit vérifier que le protocole comporte : 1° Les produits et les doses prescrites ainsi que leur mode d'administration; 2° Le nombre de cure(s) et séance(s) d'entretien de cathéter prévues; 3° Les modalités de mise en oeuvre de la thérapeutique, y compris précautions et surveillances spécifiques.				
Forfait pour séance de perfusion intraveineuse courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10			E
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion intraveineuse au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6			
Forfait pour séance de perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à une heure, y compris le remplissage et la pose de l'infuseur, pompe portable ou pousse-seringue (comportant trois contrôles au maximum)	15			E
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination des services de suppléance et le lien avec les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour	4			
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à vingt-quatre heures, y compris l'héparinisation et la pansement	5			
Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit impérativement être tenue au domicile du malade.				

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

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
La formalité de l'entente préalable est supprimée.				
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, avec un maximum de trois séances par vingt-quatre heures, la séance	15			
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 le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade.				
En l'absence de surveillance continue, les cotations habituelles des perfusions s'appliquent en fonction de la voie d'abord.				

Article 5 bis. - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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			
Injection sous-cutanée d'insuline	1			
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	4			
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 démarche de soins infirmiers prévue au titre XVI, chapitre Ier, article 11.				
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination	4			
Ces actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.				

Article 6. - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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			
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4			
Dialyse péritonéale par cycleur :				
- branchement ou débranchement, par séance	4			
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4			

TROISIÈME PARTIE NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX UTILISANT LES RADIATIONS IONISANTES

Seuls peuvent être pris en charge les examens réalisés avec des appareils ou des installations agréés par l'Office de protection contre les rayonnements ionisants en application des dispositions de l'article R. 162.53 du code de la sécurité sociale.

Lorsque les actes médicaux utilisant les radiations ionisantes sont effectués par un médecin spécialiste exerçant l'une des spécialités énumérées ci-dessous, ils donnent lieu à une majoration forfaitaire d'honoraires s'ajoutant à la valeur de la lettre clé. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée respectivement pour chacune de ces catégories

de praticiens dans les mêmes conditions que la valeur de la lettre clé Z elle-même.

Médecins spécialistes issus du nouveau régime d'études médicales :

- gastro-entérologie et hépatologie ;
- oncologie radiothérapique ;
- pneumologie ;
- radio-diagnostic et imagerie médicale ;
- radiothérapie ;
- rhumatologie

Médecins spécialistes issus de l'ancien régime d'études médicales :

- électro-radiologie ;
- maladies de l'appareil digestif ;
- oncologie radiothérapique ;
- pneumologie ;
- radiologie (radio-diagnostic et radiothérapie) ;
- radiologie (option Radio-diagnostic) ;
- radiologie (option Radiothérapie) ;
- rhumatologie.

TITRE I. - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC

CHAPITRE I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1er. - Conditions générales de prise en charge

Pour donner lieu à remboursement, tout acte de radiodiagnostic doit comporter une ou plusieurs incidence(s) radiographique(s) matérialisée(s) par un document, film ou épreuve, et être accompagné d'un compte rendu écrit, signé par le médecin. Le compte rendu, ainsi que chaque film ou épreuve, doit être daté et porter les nom et prénoms du patient examiné, ainsi que le nom du médecin ayant effectué l'examen.

Le compte rendu doit comporter les indications, les incidences, l'analyse et l'interprétation de l'examen.

Une incidence est caractérisée par une position du patient par rapport à la source; un changement d'orientation de la source ou de la surface examinée selon un angle différent ou selon une position différente du patient constitue une nouvelle incidence.

Article 2. - Cotation des actes

La cotation en Z d'un examen radiologique est globale, quel que soit le support utilisé, à l'exception du supplément éventuel pour numérisation. Elle n'est applicable que si le minimum d'incidences indiqué dans certains libellés est réalisé.

Article 3. - Actes effectués en dehors de l'unité d'imagerie

Pour les actes effectués en salle d'opération ou en unité de réanimation, la cotation est majorée de 40 %.

Cette majoration ne s'applique pas:

- aux actes de radiologie vasculaire et interventionnelle, quel que soit le lieu où ceux-ci sont réalisés (salle d'opération, salle d'angiographie, laboratoire de cathétérisme);
- à la radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance;
- aux examens effectués au lit du patient hospitalisé, sauf si celui-ci est intransportable. Dans ce cas, la cotation est majorée de 40 %.

Article 4. - Circonstances particulières

1. Pour tout contrôle radiologique effectué sous appareil plâtré ou sous résine, la cotation est majorée de 20 %.
2. La cotation est majorée de 40 % pour un examen radiographique effectué chez l'enfant de moins de cinq ans.
3. **Sauf exception précisée dans la nomenclature, la cotation de toute radiographie comparative est minorée de 60 %.**
4. Sauf exceptions énumérées ci-dessous, tout examen radiographique à images numérisées entraîne un supplément de Z 5 par séance.

Ce supplément ne peut être compté qu'une fois par vingt-quatre heures et par patient.

Il ne s'applique pas:

- aux techniques de numérisation secondaire des images;
- à l'examen radiographique intra-buccal;
- aux radiographies thoraciques et aux radiographies des extrémités osseuses effectuées en fluorographie numérique.

Ce supplément ne s'applique que si l'examen est réalisé avec une technique numérique.

L'application de ce supplément est suspendue pour les mammographies, à l'exception du suivi des prothèses mammaires.

CHAPITRE II. - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LE SQUELETTE

Article 1er. - Membre supérieur

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
-----------------------	------	-----	-----	----

Examen radiologique de la main	15			
Examen radiologique du poignet	15			
Examen radiologique de l'avant-bras	15			
Examen radiologique du coude	15			
Examen radiologique du bras	15			
Examen radiologique de deux segments du squelette du membre supérieur	22			
Examen radiologique de trois segments ou davantage du squelette du membre supérieur	30			
Examen radiologique des deux mains et/ou des deux poignets de face sur la même plaque	15			
Les cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.				
Bilan radiologique complet du poignet, minimum de quatre incidences	22			
Bilan radiologique complet du coude, minimum de quatre incidences	22			
Épaule, ceinture scapulaire (par côté):				
Examen radiologique simple ou contrôle de l'épaule ou de la ceinture scapulaire	17			
Bilan radiologique complet de l'épaule ou de la ceinture scapulaire, minimum quatre incidences	28			
Les deux cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles pour un même côté.				

Article 2. - Membre inférieur

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Examen radiologique du pied, minimum deux incidences	15			
Examen radiologique de la cheville, minimum deux incidences	15			
Examen radiologique de la jambe, minimum deux incidences	15			
Examen radiologique du genou, inférieur ou égal à deux incidences	15			
Examen radiologique de la cuisse, minimum deux incidences	15			
Examen radiologique de deux segments du squelette du membre inférieur	22			
Examen radiologique de trois segments ou davantage du squelette du membre inférieur	30			

Les cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.				
Bilan radiologique complet du pied en charge incluant la cheville de face avec mesures si nécessaire, minimum quatre incidences	22			
Bilan radiologique complet de la cheville, minimum quatre incidences	22			
Examen radiologique simple du genou, trois ou quatre incidences	17			
Examen radiologique du genou, cinq incidences	24			
Bilan radiologique complet du genou, hors mesures, minimum six incidences	29			
Bassin (y compris les sacro-iliaques):				
Examen radiologique du bassin, y compris les sacro-iliaques, une incidence	15			
Examen radiologique du bassin, y compris les sacro-iliaques, deux incidences	25			
Examen radiologique du bassin, y compris les sacro-iliaques, trois incidences et plus	35			
Hanche (par côté):				
Examen radiologique de la hanche, par côté, deux incidences	15			
Examen radiologique de la hanche, par côté, trois incidences	25			
Examen radiologique de la hanche, par côté, quatre incidences et plus	35			
En cas d'exploration simultanée du bassin et de la hanche, ou des deux hanches, la cotation relative au bassin est limitée à une seule incidence.				
Téléradiographie des membres:				
Téléradiographie d'un membre de face en totalité	30			
Téléradiographie des deux membres inférieurs de face en totalité	30			
Téléradiographie des deux membres inférieurs de face, en appui monopodal l'un après l'autre	34			
Les cotations des trois examens ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.				

Article 3. - Tête

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Crâne, massif facial, sinus:				
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, une incidence	15			
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, deux ou trois incidences	18			

Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, quatre incidences et plus	26			
Examen radiographique des os propres du nez, y compris la cloison, incluant l'ensemble des incidences nécessaires	17			
Examen radiographique des articulations temporo-maxillaires	19			
Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique)	16			
Examen radiographique du crâne: incidences de Schuller (les deux côtés), non cumulable avec la radiographie du crâne	15			
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique):				
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence	15			
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus	20			
Examens intra-buccaux:				
Premier cliché d'un examen radiographique intra-buccal rétroalvéolaire, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement	4			
Deuxième cliché et suivants d'un examen radiographique intrabuccal rétroalvéolaire, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement	1			
Bilan complet en téléradiographie intrabuccale (status), au cours d'une même séance, quel que soit le nombre de clichés rétroalvéolaires ou rétrocoronaires	56			
Examen radiographique intra-buccal à images numérisées par capteur, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement	6			
Pour donner lieu à remboursement, l'examen ci-dessus, qui comporte la visualisation d'une ou plusieurs images numériques sur écran, doit être matérialisé par au moins un support papier de format égal ou supérieur à 70 x 90 mm indiquant la date de cet examen, l'identification du patient et celle de la dent ou des dents concernées.				
Le support papier doit comporter une ou plusieurs images d'un format au moins égal à 2,5 fois celui d'un cliché périapical standard.				

Article 4. - Thorax

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Examen radiographique du sternum et/ou des articulations sterno-claviculaires uni ou bilatérales, minimum deux incidences	18			
Examen radiographique du gril costal unilatéral, minimum trois incidences	18			
Examen radiographique du gril costal bilatéral, minimum trois incidences	25			

Article 5. - Rachis

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Bilan complet du rachis segmentaire, y compris les zones transitionnelles:				
Bilan complet radiologique du rachis cervical, y compris les zones transitionnelles, minimum trois incidences	34			
Bilan complet radiographique du rachis dorsal, y compris les zones transitionnelles, minimum deux incidences	24			
Bilan complet radiographique du rachis lombo-sacré, y compris les zones transitionnelles, minimum trois incidences	39			
Ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.				
Bilan complet radiographique de deux segments rachidiens contigus	56			
Bilan complet radiographique de deux segments rachidiens non contigus	69			
Bilan complet radiographique des trois segments rachidiens	76			
En cas d'exploration simultanée du bassin et du rachis lombo-sacré, la cotation relative au bassin est limitée à une seule incidence.				
Incidences en complément d'un examen effectué au cours d'une séance antérieure:				
Une incidence en complément d'un examen radiographique du rachis effectué au cours d'une séance antérieure sous réserve des dispositions de l'article 12 C des dispositions générales	15			
Deux incidences et plus en complément d'un examen radiographique du rachis effectué au cours d'une séance antérieure, sous réserve des dispositions de l'article 12C des dispositions générales	18			
Exploration radiographique isolée du sacrum et/ou du coccyx	15			

Cette cotation n'est pas cumulable avec celle de l'examen du rachis lombo-sacré et avec celle des explorations du bassin.				
Téléradiographie du rachis dans son entier, face ou profil	35			
Téléradiographie du rachis dans son entier, face plus profil	43			
Téléradiographie du rachis de face et/ou de profil et étude morphologique segmentaire	60			
Bilan radiologique complexe avant décision thérapeutique pour scoliose ou cyphose grave sans téléradiographie	60			
Téléradiographie du rachis face et/ou profil, associée à un bilan complexe avant décision thérapeutique, pour scoliose ou cyphose grave (étude dynamique, charnières et tractions)	95			
Ces trois dernières cotations ne sont pas cumulables entre elles				

Article 6. Actes multiples

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Squelette entier ou hémisquelette : bilan comprenant au minimum l'étude du crâne, du rachis entier, du bassin, d'un membre supérieur et d'un membre inférieur, quel que soit le nombre d'incidences	120			
La majoration de 40 % prévue au 2 de l'article 4 des dispositions générales ne s'applique pas à cet examen.				

CHAPITRE III. - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LES VISCÈRES

Article 1er. - Cavum, larynx, pharynx

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Examen radiologique du larynx ou du pharynx, sans moyen de contraste	15			
Laryngographie, pharyngographie, bilan radiologique de la déglutition	35			
Examen radiologique isolé, sans moyen de contraste, de la filière aérienne (cavum)	15			

Examen radiologique, sans moyen de contraste, de la filière aérienne (cavum) en complément d'un examen de sinus.	10			
--	----	--	--	--

Article 2. - Poumons, coeur

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Téléradiographie du thorax, quel que soit le nombre d'incidences, y compris médiastin et coeur (avec ou sans opacification oesophagienne)	16			
Examen radiologique des poumons avec opacification bronchique	25			
Téléradiographie du thorax pour suivi post-opératoire d'une intervention thoracique, chez un patient hospitalisé	12			

Article 3. - Tube digestif

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Examen radiologique de l'abdomen sans préparation, quel que soit le nombre d'incidences	15			
Examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires et/ou pancréatiques, quel que soit le genre d'examen, incluant l'abdomen sans préparation	43			
Examen radiologique isolé de l'oesophage	40			
Transit oeso-gastro-duodéal, incluant l'abdomen sans préparation	85			
Examen radiologique du côlon incluant l'abdomen sans préparation	90			
Défécographie	65			
Transit du grêle, incluant l'abdomen sans préparation	90			

Article 4. - Système urinaire

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Examen radiologique de l'abdomen sans préparation hors opacification du système	16			

urinaire, quel que soit le nombre d'incidences				
Urographie intraveineuse incluant la cystographie descendante et l'abdomen sans préparation	64			
Cystographie après opacification par voie sus-pubienne ou rétrograde, incluant l'abdomen sans préparation	43			
Urétrographie rétrograde incluant l'abdomen sans préparation	43			
La cotation de cet examen n'est pas cumulable avec celle de la cystographie.				
Étude mictionnelle au décours d'un des trois examens suivants: urographie, cystographie, urétrographie	21			
Pyélographie rétro ou antérograde incluant l'abdomen sans préparation	35			

Article 5. - Gynécologie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Mammographie bilatérale d'au moins deux incidences effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein	41			
Mammographie unilatérale effectuée en dehors du cadre du dépistage organisé du cancer du sein, comportant au moins deux incidences et incluant, le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements.	23			
Mammographie bilatérale effectuée en dehors du cadre du dépistage organisé du cancer du sein, comportant au moins deux incidences et incluant, le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements.	41			
Mammographie et repérage de microcalcifications avec mise en place d'un repère et contrôle immédiat	62			
Galactographie	23			
Contrôle radiologique d'une pièce d'exérèse mammaire, comprenant un repère	14			
Hystérosalpingographie incluant l'abdomen sans préparation	55			
Radiopelvimétrie	35			
Étude du contenu utérin	16			
Génitographie externe, colpocystographie	35			

Article 6. - Système nerveux

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Myélographie	80			
Saccoradiculographie, y compris l'éventuel basculage	80			
Ces deux cotations ne sont pas cumulables entre elles.				
Discographie (hors nucléolyse), quel que soit le nombre de disques explorés	80			

CHAPITRE IV. - EXAMENS DIVERS

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Arthrographies:				
Arthrographie temporo-mandibulaire	43			
Arthrographie des interphalangiennes (main ou pied), quel qu'en soit le nombre	30			
Arthrographie du poignet	52			
Arthrographie du coude	43			
Arthrographie de l'épaule	60			
Arthrographie de la hanche	52			
Arthrographie du genou	80			
Arthrographie de la cheville	43			
Arthrographie des articulaires postérieures cervicales, quel qu'en soit le nombre	40			
Arthrographie des articulaires postérieures dorsales, quel qu'en soit le nombre	35			
Arthrographie des articulaires postérieures lombaires, quel qu'en soit le nombre	35			
Arthrographie d'autres articulations	30			
Les cotations ci-dessus comprennent les radiographies simples de repérage.				
Autres examens:				
Sialographie, y compris l'examen sans préparation	38			
Fistulographie, opacification par sonde	45			
Lymphographie, examen complet étalé sur quarante-huit heures, y compris l'examen	100			

du thorax				
Péritonéographie	25			
Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes	15			

CHAPITRE V. - EXAMENS UTILISANT DES APPAREILLAGES SPÉCIAUX

Article 1er. - Radiographie en coupe

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
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			

Article 2. - Radiocinéma ou magnétoscope

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Supplément pour radiocinéma, en 35 mm (avec un minimum de 30 mètres de film)	25			
Supplément pour magnétoscope	25			
Les suppléments du présent article ne sont pas cumulables entre eux.				

Article 3. - Amplificateur de brillance

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Radioscopie de longue durée	14,50			
Cet acte n'est pas cumulable avec la cotation d'un autre examen radiologique.				

Article 4. - Scanographie (arrêté du 30-05-1997 - JO du 01-06-1997)

L'arrêté du 30-05-1997 a pris effet le 02-05-1998, date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 20-04-1998 (JO du 30-04-1998) approuvant l'avenant à la Convention nationale des médecins déterminant les valeurs tarifaires des forfaits techniques.

Ces dispositions ont été maintenues par les arrêtés du 10-07-1998 et du 13-11-1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.

Est considéré comme un acte de scanographie l'examen effectué à l'aide d'un appareil de tomодensitométrie, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste, d'une des régions anatomiques suivantes:

- tête;
- cou;
- thorax;
- abdomen;
- pelvis;
- membres;
- rachis.

Chaque secteur anatomique inclut les zones transitionnelles.

Lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être coté, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste, des régions anatomiques suivantes:

- tête et thorax;
- thorax et abdomen complet (incluant l'étude du foie, des reins et du pancréas);
- abdomen complet (incluant l'étude du foie des reins et du pancréas) et pelvis (incluant l'étude de l'appareil génital);
- membres et tête;
- membres et thorax;
- membres et abdomen;
- tête et abdomen.

La rémunération d'un examen de scanographie est obtenue par l'addition d'une base fixe de cotation de l'examen (Z 19) et d'un forfait technique.

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

Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué.

Le montant du forfait ne tient pas compte du coût du produit de contraste.

La classification est établie par année d'installation et tient compte des caractéristiques techniques des appareils. Les tableaux retraçant la classification des appareils sont annexés au présent titre ainsi que les tableaux fixant les seuils d'activité de référence.

Les valeurs monétaires du forfait technique et du forfait technique réduit sont fixées dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés. »

ANNEXE I

ACTIVITÉS DE RÉFÉRENCE ANNUELLE (1)

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

Si l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte réalisé sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Matériels installés avant le 01-08-1991

	Amortis	Non amortis
Activité de référence	10000	10000

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	4550	5550	6550	6550	7050	7550
Région Parisienne	4200	5200	6200	6200	6700	7200
Province	4000	5000	6000	6000	6500	7000

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

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	4550	5550	7050
Région Parisienne	4200	5200	6700
Province	4000	5000	6500

Matériels installés entre le 01-01-1997 et le 31-12-1999 (arrêté du 28-06-2000 - JO du 12-07-2000)

Activité de référence	Classe 1	Classe 2	Classe 3
-----------------------	----------	----------	----------

Paris	3500	5700	6700
Région Parisienne	3200	5350	6350
Province	3000	5000	6000

Matériels installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2002 (arrêté du 08-07-2003 - JO du 07-09-2003)

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

Matériels installés entre le 01-01-2003 et le 31-12-2003 (arrêté du 11-10-2004 - JO du 21-11-2004)

Activité de référence (en nombre d'actes par an)	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Paris	3500	5700	6700
Région Parisienne	3200	5350	6350
Province	3000	5000	6000

ANNEXE II

Classification des scanners installés entre le 01-01-1992 et le 31-12-1992

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Elsint		2000 Sprint	Leader	Performance	CT Twin	CT Twin SP
		2000 Sprint plus	Leader Plus	Elite Plus		
			Elite	Prestige		
General Electric	CT Max	CT Sytec 3000	CT Sytec Plus	CT Pace Plus	CT 9800 Hilight HTD	CT Hilight Advantage
	CT Max 640		CT Pace			

	CT Sytec 3000 S					
Philips		Tomoscan CX/Q	Tomoscan LX	Tomoscan LX Plus	Tomoscan SR	Tomoscan SR-HP
		Tomoscan LX/C				
Picker	IQ-TC	IQ	IQ Premier	P 1500		P 2000
Siemens		Somatom AR.C	Somatom HIQ 2	Somatom HIQS	Somatom Plus	Somatom Plus S
		Somatom AR.T	Somatom HIQ			
Toshiba	TCT 5000 S	TCT 600 HQT	TCT XPEED		TCT XPRES	

ANNEXE III

Classification des scanners installés entre le 01-01-1993 et le 31-12-1993

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Elsint		2000 Sprint	Leader	Performance	CT Twin	CT Twin SP
		2000 Sprint plus	Leader Plus	Prestige	Helicat	Helicat SP avec obligatoirement la configuration décrite en (1)
				Helicat ST	Helicat SP	
General Electric	CT Max 640	CT Sytec	CT Sytec Plus	CT Pace Plus	CT Hilight Advantage	CT HiSpeed
	CT Sytec C		CT Pace		CT ProSpeed	CT ProSpeed avec obligatoirement la configuration décrite en (2)
Philips		Tomoscan CX/Q	Tomoscan LX	Tomoscan LX Plus	Tomoscan SR 6000	Tomoscan SR 7000

			Tomoscan LX/C			
Picker	IQ-TC	IQ	IQ Premier		P 1500	P 2000
Siemens		Somatom AR.C	Somatom HIQ 2	Somatom HIQS	Somatom Plus	Somatom Plus avec obligatoirement la configuration décrite en (3)
		Somatom AR.T	Somatom HIQ			Somatom Plus S
Toshiba	TCT 500 S	TCT 600 HQT	Xpeed I	Xpeed II	Xpress HS	
				Xpress		

(1) Pour être tarifé selon les modalités de la classe 6, le Helicat SP (Elsint) doit être doté d'une deuxième console de type OMNIVIEW.

(2) Pour être tarifé selon les modalités de la classe 6, le ProSpeed (General Electric) doit être doté du mode hélicoïdal et d'une deuxième console de type ADVANTAGE WINDOWS ou DIAGNOSTIC DC III.

(3) Pour être tarifé selon les modalités de la classe 6, le Somatom Plus (Siemens) doit être doté d'une deuxième console de type DSC 96 ou DRC/CT ou DRC 102 ou DRC 104.

ANNEXE IV

Classification des scanners installés entre le 01-01-1994 et le 31-12-1994

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6
Elsint		2000 Sprint	Leader	Performance	CT Twin	CT Twin SP
		2000 Sprint plus	Leader Plus	Prestige	Helicat	Helicat SP avec 2e console
		Neta	Neta Plus	Helicat ST	Helicat SP	
			Helicat S			
General Electric	CT Max 640	CT Sytec	CT Sytec Plus	CT Pace Plus	CT ProSpeed	CT HiSpeed
	CT Sytec C		CT Pace	ProSpeed VX	CT ProSpeed	CT ProSpeed

					SP	avec 2e console
				ProSpeed S	CT ProSpeed SX	CT ProSpeed Plus
				CT Sytec SRI		
Philips		CX/Q	LX	LX Plus	SR 6000	SR 7000
		SR 4000 S	LX/C	SR 4000 V	SR 6000 V	
Picker	IQ-TC	IQ	IQ Premier	P 1200	P 1500	P 2000
		PQS-I	PQS-P	PQS-V		1500 Z
						P 2000 SLR
Siemens	Somatom AR.C	Somatom AR.T	Somatom HIQ	Somatom HIQS	Somatom Plus	Somatom Plus avec 2e console
			Somatom HIQ2	Somatom AR PC	Somatom S24	Somatom Plus S
			Somatom AR-HP	Somatom SP	Somatom S32	Somatom S40
				Somatom D		Somatom Power
Toshiba	TCT 500 S	TCT 600 HQT	Xpeed I	Xpeed II	Xpress HS	X-Press SX
				Xpress	Xpress/2HS	X-Press HS1
				TCT X-Vision D20		
				TCT X-Vision		

ANNEXE V

Classification des scanners installés entre le 01-01-1995 et le 31-12-1995

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3
ELSCINT	Helicat S	CT Twin ST	CT Twin Flash
	Neta Plus	Helicat SP	CT Twin Plus
	200 Sprint	Helicat ST	Helicat Flash

	2000 Sprint Plus		Helicat Plus
	Leader		
	Leader Plus		
	Neta		
	Performance		
	Prestige		
GENERAL ELECTRIC	Sytec SRI	Prospect S	Hispeed ADV
	Sytec	Prospect S Fast	Prospect Plus
	Sytec Plus	Prospect SX	Prospect ADV
	Sytec S	Prospect SX Power 30	Prospect SX Power 60
PHILIPS	SR 4000 V	SR 5000 VS	SR 7000
	Cx/Q	SR 6000 V	
	LX		
	SR 4000 S		
	SR 5000		
	SR 6000		
SIEMENS	Somatom AR-HP Spiral	Somatom Plus S 32	Somatom Plus 4 A
	Somatom AR-SP	Somatom Plus S 40	Somatom Plus 4 B
	Somatom AR-C		Somatom Plus 4 C
	Somatom AR-T		
	Somatom AR-HP		
PICKER	IQ TC	P 1200 Z	P 1500 Z
	PQSI	PQSV	P 2000 Z
	IQ Premier X TRA		P 5000 Z
	IQ Standard		
TOSHIBA	X/Vision/20	X/Vision	X/Press /SX
			X/Press/GX

		X/Vision/GX
--	--	-------------

ANNEXE VI

Classification des scanners installés entre le 01-01-1996 et le 31-12-1996

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3
ELSCINT	Helicat S	CT Twin ST	CT Twin Flash
	2000 Sprint Plus	Helicat SP	CT Twin Plus
	Leader Plus	Helicat ST	Helicat Flash
	Select SP	Select HR	Helicat Plus
	Prestige		CT Twin Fast
GENERAL ELECTRIC	Sytec SRI	Prospeed S Fast	Hispeed ADV
	Synergy	Prospeed SX Power 30	Hispeed CTi
	Sytec 1800i		Prospeed ADV
	Synergy S		Prospeed SX Power 60
	Sytec Plus		
PHILIPS	SR 4000 V	SR 5000 VS	SR 7000
	SR 4000 S	SR 6000 V	
	SR 5000		
	SR 6000		
SIEMENS	Somatom AR-HP	Somatom Plus S 4	Somatom Plus 4 A
	Somatom AR-SP		Somatom Plus 4 B
	Somatom AR-C		Somatom Plus 4 C
	Somatom AR-T		
PICKER	IQ TC	P 1200 Z	P 1500 Z
	PQSI	PQSV	P 2000 Z

	IQ Premier X TRA		P 5000 Z
	IQ Standard		P 2000 S
			P 2000 SV
			P 5000 V
TOSHIBA	X/Vision/20	X/Vision	X/Press/SX
			X/Press/GX
			X/Vision/GX

ANNEXE VII

Classification des scanners installés entre le 01-01-1997 et le 31-12-1997

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3
ELSCINT	Select SP	Helicat SP	Helicat Flash
		Helicat SP	CT Twin Flash
		CT Twin ST	CT RTS
			CT Gold
GENERAL ELECTRIC	CT Sytec SRI	CT Prospeed S Fast	CT Hispeed CTi
	CT Synergy	CT Prospeed SX Power 30	CT Prospeed SX Advantage
	CT Synergy S		CT Prospeed SX Power 60
PHILIPS	Tomoscan AV	Tomoscan AV-P1	Tomoscan AV-E1
	Tomoscan EG		
	Tomoscan M		
PICKER	IQ	PQSV	P 2000 S
	IQ Premier		P 2000
	PQSI		P 2000 SV
			P 5000

			P 5000 V
			P 6000
SIEMENS	Somatom AR-HP X	Somatom AR-Star 80	Somatom Plus 4 Expert
	Somatom AR-Star 4	Somatom Plus 4 30 se	Somatom Plus 4 Lightning
	Somatom AR-TX		Somatom Plus 4 Power
			Somatom Plus 4 Power sub seconde
TOSHIBA	Auklet	X/Vision	X/Press/GX
	X/Vision/20	X/Vision/EX 36	X/Press/GX 48
	X/Vision/EX		X/Press/SX
			X/Vision/GX

ANNEXE VIII

Classification des scanners installés entre le 01-01-1998 et le 31-12-1998

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3
ELSCINT	Select SP	Helicat	Helicat Flash
		CT Twin	CT Twin Flash
			CT RTS
			CT Gold
GENERAL ELECTRIC	CT Sytec SRi	CT Prospeed S Fast	CT Hispeed CTi
	CT Sytec Plus	CT Prospeed SX Power 30	CT Prospeed SX Advantage
	CT Synergy		CT Prospeed SX Power Hilight
	CT Synergy Plus		

	CT Synergy S		
PHILIPS	Tomoscan M	Tomoscan AV Performance	Tomoscan AV Expander 100
	Tomoscan M 35	Tomoscan AV Performance S	Tomoscan AV Expander 200
	Tomoscan EG	Tomoscan AV Expander	Tomoscan AV Performance S 100
	Tomoscan EG 35		
	Tomoscan AV		
PICKER	IQ	PQSV	P 2000 S
	IQ Premier		P 2000 SV
	IQTC		P 5000
	PQSI		P 5000 V
			P 6000
			P 6000 SI
SIEMENS	Somatom AR TX	Somatom Plus 4	Somatom Plus 4 Expert
	Somatom AR Star 40		Somatom Plus 4 Power
	Somatom AR Star 80		
TOSHIBA	Auklet	X/Vision/EX 36	X/Press/GX
	X/Vision/EX-2		X/Press/GX Aspire CI
	X/Vision/EX-3,5		X/Press/GX 48

ANNEXE IX

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

	Asteion VF 24	Asteion VF 36	Asteion VR Multi (multicoupes)
		Asteion VI	Asteion VI Aspire CI
			Asteion VI Aspire CI Multi (multicoupes)
			Asteion VI Multi (multicoupes)

Sont reproduites ci-dessous les dispositions figurant à l'annexe 3, paragraphe g) du règlement conventionnel minimal publié par arrêté du 10-07-1998 (JO du 12-07-1998) et renouvelé par arrêté du 13-11-1998 (JO du 14-11-1998)

Actes de scanographie et d'IRM:

Les actes de scanographie et d'IRM sont rémunérés par l'addition d'une base fixe et d'un forfait technique en application des dispositions de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Les modalités pratiques de facturation et de règlement du forfait technique, auquel sont appliquées la dispense d'avance des frais et l'exonération du ticket modérateur, sont fixées par une convention conclue au niveau local et conforme au modèle défini par les caisses nationales d'assurance maladie.

Le montant du forfait technique varie en fonction de l'année d'installation de l'appareil, c'est-à-dire l'année civile pendant laquelle a eu lieu la visite de conformité (prévue par l'article L. 712.12 du code de la santé publique), de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé (appareil de scanographie), de la puissance du champ magnétique de l'appareil autorisé (appareil d'IRM) et du nombre d'examens effectués.

Au-delà du nombre d'examens correspondant à l'activité de référence, un forfait réduit est appliqué.

Les seuils d'activité de référence et la classification à laquelle appartient l'appareil autorisé sont fixés par un arrêté interministériel modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur sept ans. Ainsi, en 1998, sont considérés comme amortis les appareils qui ont sept ans révolus au 01-01-1998, c'est-à-dire les appareils dont la visite de conformité a eu lieu en 1990 ou dans les années antérieures. Pour les matériels considérés comme amortis, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel.

Pour chaque appareil, un registre chronologique doit être tenu, par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour chaque acte réalisé et présenté au remboursement:

- son numéro d'ordre;
- la date de réalisation;
- les nom et qualité du médecin l'ayant effectué;
- les nom et prénom du patient;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré ou, à défaut, la couverture sociale dont il bénéficie.

Pour les actes de scanographie, dans le cas où deux actes sont facturés pour un même patient (cas d'examen simultané sur les régions anatomiques énumérées dans l'arrêté de

nomenclature des actes de scanographie), chaque acte doit comporter un numéro d'ordre différent.

Le décompte des actes doit être effectué par année civile il débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Si l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte présenté au remboursement effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Dispositions applicables aux appareils de scanographie en attente de tarification

Pour les appareils autorisés à fonctionner et pour lesquels aucun des tarifs des forfaits techniques n'est applicable à la date d'installation, il convient d'appliquer, jusqu'à la fixation du tarif applicable:

- pour les appareils dont le modèle est déjà classé dans les millésimes antérieurs, le montant du forfait technique applicable aux appareils de la même classe, installés l'année précédente, en respectant le seuil de référence correspondant à la région où l'appareil est installé et à la classe de l'appareil;

- pour les appareils en attente de classification, le montant du forfait technique et l'activité de référence correspondant aux appareils de classe 2 installés l'année précédente dans la région concernée.

ANNEXE X - (arrêté du 08-07-2003 - JO du 01-09-2003)

Matériels installés entre le 01-01-2000 et le 31-12-2001

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Siemens	Somatom Esprit	Somatom Emotion	Somatom Volume Access
	Somatom Balance	Somatom Emotion Duo	Somatom Volume Access E
	Somatom Balance E	Somatom Emotion Duo E	Somatom Volume Zoom
Philips	Aura Pack S	Secura Pack M.	Secura Pack P.
	Tomoscan M.	Aura Pack N.	
	Tomoscan M 35.		
	Tomoscan EG.		
	Tomoscan EG 35		
GE	HiSpeed DX/i Power.	HiSpeed NXi/	LightSpeed, toutes versions.

	HiSpeed DX/i	HiSpeed NX/i Power.	HiSpeed NX/i Pro.
	HiSpeed CT/e	HiSpeed FX/i	HiSpeed NX/i Plus
		HiSpeed DX/i Plus.	HiSpeed ZX/i
Picker	Select SP	Acqsim - CT.	MX 8000 D.
		Ultra Z.	MX 8000 D EXT.
			MX 8000 ultra fast.
Toshiba	Auklet.	Asteion VI.M.	Asteion Multi 36 kW
	Auklet DF	Asteion VR.M 48 kW.	Asteion Multi 48 kW
	Asteion VF	Asteion VR.M 54 kW	Asteion multi 54 kW
		Asteion VR.M 60 kW	Aquilion Multi
		Asteion DUAL 36 kW	Aquilon D. Multi.
		Asteion DUAL 48 kW	Aquilon M.

Matériels installés entre le 01-01-2002 et le 31-12-2002

Constructeur	Classe 1	Classe 2	Classe 3
Siemens	Somatom Esprit	Somatom Balance	Somaton Sensation 4
	Somatom Esprit +	Somatom Emotion	Somaton Sensation 4 advanced
		Somaton Emotion Duo	Somaton Sensation 16
		Somaton Volume Access	Somaton Volume Zoom
Philips		Aura S.	MX 8000 Quad.
		Aura N	MX 8000 IDT
		MX 8000 Dual (48 kW)	

		MX 8000 Dual (60 Kw)	
GE	Cte	Cte Dual.	HiSpeed Qxxi Plus.
	Cte Plus	Cte Dual Plus.	HiSpeed Qxii Pro.
	HiPeed Xi d.	HiSpeed XI F.	LightSpeed S.
		HiSpeed Wi Z.	LightSpeed Plus.
		HiSpeed Nxi S.	LightSpeed Ultra.
		HiSpeed Nxi.	LightSpeed 16.
		HiSpeed Nxi Plus.	
		HiSpeed Nxi Pro.	
		HiSpeed Qxi.	
		EBT C 300.	
Toshiba	Auklet.	Auklet FS.	Asteion Multi Power Pro.
	Asteion VF	Asteion VF Power	Asteion Multi Power. V2.
		Asteion VI.	Asteion Multi Power 8
		Asteion VD Dual.	Asteion Multi Power 32
		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	
--	----------------------	--

ANNEXE XI - Matériels 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 (Power Package)	Somaton Sensation 4
	Somatom Emotion	Somatom Emotion Duo	Somaton Emotion 6 (Power Package)
		Somaton Emotion Duo (Power Package)	Somaton Sensation 10
		Somaton Emotion 6	Somaton Sensation 16
Philips		Mx 8000 Dual Exp A	Mx 8000 Quad.
		Mx 8000 Dual Exp B	Mx 8000 Idt 10
		Mx 8000 Dual Exp C	Mx 8000 Idt 16
GE Medical Systems	Cte	Cte Dual.	HiSpeed Qxxi Plus.
	Cte Plus	Cte Dual Plus.	HiSpeed Qxii Pro.
		HiSpeed XI D Plus	LightSpeed S.
		HiSpeed Xi F	LightSpeed Plus.
		HiSpeed Xi Z	LightSpeed Ultra.
		HiSpeed Nxi S	LightSpeed 16.
		HiSpeed Nxi	
		HiSpeed Nxi Plus	
		HiSpeed Nxi Pro	
		HiSpeed Qxi	
	Ebt C 300.		
Toshiba	Asteion VF	Asteion Vf Power	Asteion Multi Power Pro
		Asteion Vi	Asteion Multi Power

		V2
	Asteion Vd Dual	Asteion Multi Power 6
	Asteion Vr	Aquilion Multi Power 8
	Asteion Vr Power	Aquilion Multi Power 10 Fx
	Asteion Vd Dual Power	Aquilion Multi Power 32
	Asteion Multi Quantum	Aquilion Multi Power 32 Cfx
	Asteion Multi	
	Asteion Multi Power	
	Aquilion Multi	

Tarifs (en euros) des forfaits techniques de scanner pour 2003

Annexe fixant les tarifs des forfaits des actes de scanographie à l'arrêté du [22-09-2003](#) portant modification du règlement conventionnel minimal paru au JO du [25-09-2003](#)

Millésime appareils installés	Classe d'appareils	Forfait plein	Forfait réduit
Amortis (1)	Toutes classes	74.70	62.50
Entre le 01-01-1996 et le 31-12-1996	Classe 1	106.41	62.50
	Classe 2	106.41	62.50
	Classe 3	106.41	62.50
Entre le 01-01-1997 et le 31-12-1999	Classe 1	105.19	62.50
	Classe 2	105.19	62.50
	Classe 3	105.19	62.50
Entre le 01-01-2000 et le 31-12-2003	Classe 1	105.19	62.50
	Classe 2	105.19	62.50
	Classe 3	105.19	62.50

(1) Pour l'année 2003, sont considérés « amortis » les appareils installés avant le 01-01-1996. Si deux tarifs paraissent s'appliquer à un appareil installé depuis plus de sept ans révolus, c'est le tarif des appareils amortis qu'il faut retenir.

DIRECTIVE(S) NATIONALE(S) D'ASSIMILATION (E = entente préalable)

Z1. - COTATION D'ACTES D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE (E)

Il s'agit de techniques diagnostiques ou thérapeutiques utilisant la voie percutanée et dont l'approche lésionnelle est guidée avec précision par un procédé d'imagerie: échographie, scanographie, ou amplificateur de brillance.

Elles peuvent être cotées de la façon suivante:

Les ponctions biopsies par voie transcutanée

Ces actes peuvent être cotés K 40 par assimilation à :

"Laparoscopie :

- avec biopsie : 40"

(Chapitre I - Titre VIII de NGAP)

Les ponctions drainage d'abcès

Elles peuvent être cotées K 20 par assimilation à :

"Discographie d'un disque : 20"

(Titre V de la NGAP)

À ces cotations correspondant aux actes intellectuels et opératoires s'ajoute la cotation de l'imagerie de guidance : acte en **KE** pour l'échographie, acte en **Z** pour la scanographie ou la radiologie interventionnelle. Dans ce dernier cas, la cotation **Z 14,5** de la radioscopie télévisée de longue durée peut être employée (Article 3, Chapitre V, Titre I de la 3ème partie de la NGAP).

(DNA n° 7394 / 84 du 15-11-1984 modifiée par les arrêtés des 06-08-1991 et 03-11-1992)

Les dispositions de cette DNA sont toujours applicables sauf abrogations ponctuelles prévues à l'arrêté du 28-01-1997 (JO du 09-02-1997) .

(RDD du MCN du 05-02-1997)

(RDD du MCN du 01-10-1997)

Z1. - COTATION D'ACTES D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE (E)

1°) La DNA n° 7394 / 84 du [15-11-1984](#) a précisé la cotation à retenir pour trois types de procédures médico-chirurgicales utilisées sous guidage échographique ou radiographique. A ces cotations correspondant aux actes intellectuels et opératoires s'ajoute la cotation de l'imagerie de guidage : il s'agit d'actes en Z pour la radiographie ou la scanographie et/ou d'actes en **KE** pour l'échographie.

Dans cette dernière hypothèse, l'acte en **KE** s'ajoute effectivement à celui de la procédure médico-chirurgicale.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels tenant, soit à l'état du malade (insuffisant rénal subissant une ponction de kyste rénal et qui nécessite la présence d'un néphrologue, par exemple), soit à la complexité particulière d'une procédure, qu'il serait possible d'admettre que l'acte opératoire et l'acte d'imagerie en **KE** soient notés chacun, avec son coefficient propre non minoré, s'il sont effectués par des spécialistes de disciplines différentes.

2°) Les ponctions drainage d'abcès dans la lettre circulaire citée supra sont cotées **K 20**. Peuvent être également affectés du même coefficient :

- **Les ponctions de collection non abcédée du type fusée pancréatique, ascite enkystée**, qui nécessitent un même repérage précis ;
- **Les ponctions de kystes** (reins, seins...)
- **Les repérage-ponctions de la vésicule biliaire.**

En revanche, l'**amniocentèse** doit être cotée **K 18** en application du Chapitre II du titre XI de la Nomenclature où elle figure .

(DNA n° 1072 / 1073 / 85 du [26-02-1985](#)) modifiée par arrêté du [25-01-2000](#) (JO du [26-01-2000](#))

Les dispositions de ces DNA sont toujours applicables sauf abrogations ponctuelles prévues à l'arrêté du [28-01-1997](#) (JO du [09-02-1997](#)) .

(RDD du MCN du [05-02-1997](#)).

TITRE II. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE

Certains traitements, ainsi que précisé par la suite, donnent lieu obligatoirement à l'établissement d'un protocole de traitement qui doit être présenté au contrôle médical sur sa demande.

CHAPITRE I. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE DE HAUTE ÉNERGIE

Ces traitements sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

Article premier. - Protocole de traitement

La mise en oeuvre de l'irradiation de haute énergie au-delà de 0,5 MeV impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant:

- le résumé clinique ;
- le diagnostic histologique ou, à défaut, les bases de l'indication thérapeutique;

- la description des volumes à irradier ;
- le séquençage de l'irradiation ;
- la prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation (volumes irradiés, faisceaux, doses utilisées et détail de la cotation).

Cet acte est coté une seule fois au début du traitement, quel que soit le nombre de réductions : Z 50.

Article 2. - Préparation du traitement

Le mode d'acquisition des données est inclus dans la cotation de la préparation.

Les modifications de technique et les réductions pour surdosage tumoral peuvent nécessiter :

- une nouvelle préparation ;
- une nouvelle saisie des données anatomiques ;
- une nouvelle dosimétrie ;
- de nouveaux paramétrages ;
- de nouveaux contrôles.

Les opérations sont facturées selon leurs cotations élémentaires.

Un maximum de 3 interventions (avec des complexités variables) sera exceptionnellement accepté en cas de volumes différents.

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Mise en place simple sous appareil, sans simulation, calcul de la dose	30	Z		E
Préparation 2 D avec simulation, dosimétrie (1 ou 2 coupes)	70	Z		E
Préparation 2 D avec simulation et dosimétrie (au moins 3 coupes)	125	Z		E
Préparation avec acquisition scanner, dosimétrie 3 D (objectivable au travers de reconstructions dans les trois plans de l'espace)	250	Z		E
Préparation avec simulation virtuelle pour radiothérapie de conformation (avec un minimum de 10 coupes où les volumes cibles ont été contourés)	350	Z		E
Les actes ci-dessus ne se cumulent pas entre eux.				

Les actes suivants sont cotés forfaitairement quel que soit le nombre de faisceaux, pour chaque préparation justifiant leur utilisation :

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Utilisation de contentions individualisées	30	Z		E
Utilisation de caches personnalisés et focalisés	40	Z		E
Paramétrage d'un collimateur multilames	50	Z		E
Ces deux derniers actes ne sont pas cumulables.				

Contrôle qualité :

- Contrôles balistiques radiologiques ou par imagerie portale.

Ces contrôles peuvent être cotés lors de la mise en route ou lors des séances d'irradiation, par faisceau, selon les modalités figurant dans le tableau ci-dessous.

Les faisceaux symétriques ne seront cotés qu'une fois (sauf pour la première semaine, lors de la mise en route du traitement : contrôle impératif de tous les champs, surtout si traitement par collimateur multilames pour détecter champ aberrant ou rotation collimateur inversée).

	PAR CONTRÔLE du faisceau	MAXIMUM par semaine de traitement (**) et par faisceau
Par gammagraphie	Z 5	Z 25
Par imagerie portale	Z 15	Z 45

(**) Ce maximum s'entend comme une moyenne sur l'ensemble du traitement (il est donc possible d'accepter, par exemple, plus de 3 contrôles balistiques par imagerie portale la première semaine, si globalement sur l'ensemble du traitement la moyenne de ces contrôles reste à 3 par semaine).

- **Dosimétrie in vivo** : en début de traitement et lors de réduction par mesure pour l'ensemble des faisceaux : **Z 20**.

La date des mesures et les documents doivent être reportés dans le dossier.

- Utilisation d'un système d'enregistrement et de vérification des paramètres (une fois pour l'ensemble du traitement) : **Z 30**.

Article 3. - Irradiation par faisceaux de photons ou électrons

1° Champs fixes.

L'irradiation est cotée : **Z 1** :

- **pour le télécobalt**, par fraction de 28 cGys pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV;

- **pour l'accélérateur** par fraction de :

- 25 cGys pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 Mev ;
- 20 cGys pour les faisceaux de 5 à 7,9 Mev ;
- 14 cGys pour les faisceaux de 8 à 16,9 Mev ;
- 12 cGys pour les faisceaux de 17 à 24,9 Mev ;

· 9 cGys pour les faisceaux à partir de 25 Mev,

étant précisé qu'il s'agit de la dose absorbée comptée sur le rayon central au niveau maximum atteint au cours de la pénétration dans les tissus pour la totalité pour le traitement tel qu'il est établi dans le compte rendu de fin d'irradiation.

2° Cyclothérapie (totale ou partielle).

L'irradiation est cotée : **Z 2** :

par mêmes fractions de cGys et mêmes énergies que ci-dessus, la dose absorbée étant alors comptée à l'axe de rotation.

3° Irradiation segmentaire effectuée par faisceaux de grandes dimensions (supérieures à 300 cm² à l'entrée) et de formes complexes (au moins deux caches protecteurs).

L'irradiation est cotée par la sommation des doses maximales à l'entrée délivrées par chacun des faisceaux élémentaires habituels de la même zone d'irradiation (jusqu'à un maximum de quatre. Le facteur 4 ne doit pas être systématique).

CHAPITRE II. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE À MOYENNE ET BASSE ÉNERGIE

Article premier. - Traitement des affections tumorales malignes (entente préalable)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Protocole préalable des conditions d' irradiation	25			E
Irradiation proprement dite par fraction de 40 rads (dose à la surface)	1			E

Article 2. - Traitement des affections tumorales bénignes (type verrue, papillome, etc.)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	25			

Article 3. - Traitement des affections inflammatoires ou dégénératives subaiguës ou chroniques (type arthrose, chéloïde, hydrosadénite, névrites et névralgies, etc.) (entente préalable)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Quelles que soient les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	70			E

Article 4. - Traitement des affections inflammatoires aiguës (type panaris, furoncle, anthrax, thrombose hémorroïdaire, etc.)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	30			

CHAPITRE III. - ACTES DE RADIOTHÉRAPIE DE CONTACT

Article premier. - Traitement des affections bénignes

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	25			

Article 2. - Autres traitements (entente préalable)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
La mise en oeuvre du traitement impose l'établissement d'un protocole de traitement, comprenant :				
- Le résumé clinique	25			E
- Le diagnostic histologique ou à défaut les bases de l'indication thérapeutique	25			E
- La description des surfaces à irradier	25			E
- La prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation	25			E
Irradiation proprement dite, quelles que soient la surface à irradier et la dose	50			E

CHAPITRE IV.- ACTES DE CURIETHÉRAPIE

Ces traitements sont soumis à la formalité de l'entente préalable.

Section I. - CURIETHÉRAPIE INTERSTITIELLE (ou endocuriethérapie) ET CURIETHÉRAPIE ENDOCAVITAIRE

Article premier. - Protocole de traitement

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
La mise en oeuvre de la curiethérapie impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :				
- Le résumé clinique	50			E
- Le diagnostic histologique ou à défaut les bases de l'indication thérapeutique	50			E
- La description des volumes à traiter	50			E
- La prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation	50			E

Article 2. - Préparation du traitement

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Repérage radiographique :				
- Contrôle de la pose des vecteurs non radio-actifs ou de la mise en place des applicateurs ou moules avec sources fantômes	20 + films			E
- Radioscopie télévisée de longue durée	10			E
2° Contrôle radiologique de la position des films ou des sources radio-actives en vue du calcul de la répartition des doses :				
Clichés orthogonaux	10 + films			E

Article 3. - Dosimétrie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Forfait de base	20			E
Établissement des courbes :				
- Un tracé	10			E
- Par tracé supplémentaire (avec maximum de deux), en supplément	5			E

Article 4. - Actes de curiethérapie

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Mise en place et ablation des sources radio-actives (non compris la fourniture du matériel utilisé) :				
- Pour tumeur cutanée ou cutanéomuqueuse de petite dimension, jusqu'à 2 cm ²	20			E
- Pour les autres localisations	100			E

Section II. - CURIETHÉRAPIE DE CONTACT DE COURTE DURÉE (plésiocuriethérapie)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Applicateurs radio-actifs (non compris la fourniture du matériel utilisé) quel que soit le nombre de champs par séance	20			E

TITRE III. - ACTES UTILISANT DES RADIOÉLÉMENTS EN SOURCES NON SCELLÉES (1)

(1) Les dispositions du Titre III sont remplacées par l'arrêté du 09-08-1994 (JO du 01-09-1994). Elles ont pris effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 03-03-1995 (JO du 05-03-1995, effet au 07-03-1995) approuvant l'avenant n° 5 à la convention médicale dont l'annexe tarifaire a fixé le tarif de la lettre de ZN et celui de la majoration pour fourniture des produits radioactifs (PRA).

Les cotations comprennent le coût des préparations radiopharmaceutiques mais non celui des produits radiopharmaceutiques.

Une majoration pour fourniture du produit radiopharmaceutique (PRA) est allouée par ZN facturé.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales (première partie de la nomenclature).

CHAPITRE I.

Pour donner lieu à remboursement, tout acte diagnostique de médecine nucléaire doit comporter un certain nombre de documents (courbes, images) et un compte rendu écrit comportant les éléments d'identification du malade et des médecins demandeur et exécutant, les données permettant l'interprétation et l'analyse des résultats ainsi que leur interprétation globale dans le cadre du contexte clinique.

Section I - EXAMENS SUR LE PATIENT

La cotation de base est majorée de 25 % pour un examen effectué chez l'enfant de moins de trois ans.

Article premier. - Mesures externes de la radioactivité (sans imagerie)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Un site de mesure, un radiopharmaceutique quel que soit le nombre de mesure (la soustraction du bruit de fond est comprise dans la mesure)	30			
Plusieurs sites de mesure au-delà du premier site, même radiopharmaceutique, une série de mesures au cours du temps :				
- Par site de mesure supplémentaire	10			
- Avec un plafond de	100			

Article 2. - Explorations scintigraphiques morphologiques et fonctionnelles (imagerie)

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
Scintigraphie plane statique :				
- Par incidence	30			
- Avec un plafond, quel que soit le nombre d'organes, de	100			
Examen du corps entier par dispositif spécialisé	100			
Supplément pour quantification nécessitant le traitement informatique des données	30			

scintigraphiques				
Scintigraphie plane séquentielle et/ou étude dynamique quantitative nécessitant le traitement informatique des données scintigraphiques (la quantification par ordinateur est comprise dans la cotation)	150			
Tomoscintigraphie comportant la réalisation de plusieurs coupes tomographiques par caméra tomographique associée à un ordinateur	150			
En cas de scintigraphie plane et de tomoscintigraphie d'un même organe, la cotation applicable est plafonnée à 150.				
Si l'exploration comporte une répétition de l'examen à diverses reprises au cours de séances différentes, à la suite de la même injection d'un radiopharmaceutique, un coefficient de 1,5 est appliqué, quel que soit le nombre de reprises et de séances.				
Si l'exploration d'un même organe comporte l'étude de deux fonctions différentes par deux radiopharmaceutiques, les deux examens sont considérés comme deux actes différents.				

Section II. - MESURES D'ÉCHANTILLON BIOLOGIQUES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Mesure de radioactivité d'un échantillon biologique après administration d'un radiopharmaceutique, par exemple par la méthode de dilution isotopique	30			
Après administration de deux radiopharmaceutiques, chacune des deux mesures donne lieu à application de la cotation ci-dessus				
2° Étude du taux de renouvellement ou de disparition d'une substance radioactive ou d'un élément figuré du sang	70			
3° Lorsque l'étude complète du cycle métabolique d'une substance implique l'ensemble des calculs et l'établissement des courbes, les cotations du 1° et du 2° sont majorées par substance, de	50			
Avec un plafond de	150			

CHAPITRE II. - UTILISATION THÉRAPEUTIQUE DES RADIOÉLÉMENTS EN SOURCES NON SCELLÉES

Désignation de l'acte	Ch/S	L.C	ARE	EP
1° Traitement n'impliquant pas une surveillance médicale et dosimétrique par une hospitalisation en secteur radioprotégé	40			
2° Traitement nécessitant une surveillance médicale et dosimétrique durant plusieurs jours avec hospitalisation en secteur radioprotégé, quelle que soit l'activité administrée	100			

COTATION(S) PROVISoire(S) MINISTÉRIELLE(S)

Z3. - COTATIONS PROVISOIRES MINISTÉRIELLES DES EXAMENS RÉALISÉS SUR UN TOMOGAPHE À ÉMISSION DE POSITONS (TEP) (lettre ministérielle CAB/JL/YC/D 03002386 du 18-02-2003 transmise par LR-DSM n° 26 / 2003 du 22-04-2003)

La commission permanente de la nomenclature générale des acte professionnels - NGAP - a voté le 09-10-2002 une proposition d'inscription de la rémunération de l'examen réalisé par tomographie du corps entier par émission de positons, laquelle est obtenue par l'addition d'une base fixe de cotation de l'examen - **ZN 55**, soit 84,27 euros (ou 552,75 F) - et d'un forfait technique, la préparation et la fourniture du produit radiopharmaceutique faisant l'objet d'une facturation distincte non liée à la cotation ZN.

Dans l'attente de la publication de l'arrêté portant inscription de l'examen concerné à la NGAP, les examens réalisés par tomographie à émission de positons seront pris en charge par l'assurance maladie, en application des dispositions de l'article 4-2 des dispositions générales de la nomenclature, selon les modalités suivantes.

1 - Prise en charge

1-1 Honoraire du médecin

Quel que soit l'appareil -tomographe à émission de positons (TEP) couplé ou non à un scanner dédié -, l'honoraire médical pour un examen effectué sur cet appareil est fixé globalement à **ZN 55**.

1-2 Forfait spécifique global facturable par l'exploitant de l'appareil

À titre provisoire, et dans l'attente de la détermination :

- du forfait technique destiné à couvrir l'amortissement de l'appareil,
- du forfait relatif au produit radiopharmaceutique,

il est créé un forfait spécifique global fixé à :

a) pour les 1 000 premiers examens, par appareil et par examen :

Appareil non couplé à un scanner : 950 euros

Appareil couplé à un scanner : 1000 euros

b) pour chaque examen réalisé au delà du 1000 ème examen: 550 euros, quel que soit le type de l'appareil.

2 - Par dérogation à l'article 4.2 mentionné ci-dessus, la formalité de l'entente préalable est suspendue pour l'examen réalisé sur le tomographe à émission de positons.

3 - Modalités de paiement

Les modalités particulières de paiement mentionnées dans l'annexe III du règlement conventionnel minimal fixé par arrêté du [13-11-1998](#) sont applicables et adaptées en tant que de besoin aux examens réalisés par TEP au sein de la structure intéressée.

4 - Participation des assurés

L'honoraire du médecin et le forfait spécifique global mentionné ci-dessus **sont pris en charge en totalité** par les organismes d'assurance maladie, conformément aux dispositions de l'article 1er - 1er paragraphe de l'arrêté du [27-06-1955](#).

5 - Date d'effet

Les dispositions mentionnées ci-dessus **prennent effet au 01-11-2002** et demeurent en vigueur jusqu'à la date de publication des décisions ministérielles approuvant les dispositions conventionnelles mentionnant la valeur des forfaits visés ci-dessus et portant inscription à la NGAP de l'honoraire médical.

Il vous appartient de mettre en oeuvre les dispositions nécessaires à la mise en oeuvre de ces mesures par les organismes relevant de votre régime d'assurance maladie et, le cas échéant, à l'information des professionnels de santé concernés et des assurés sociaux.

Jean-François MATTEI

QUATRIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX DE RADIOLOGIE VASCULAIRE ET D'IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

(créée par l'arrêté du [28-01-1997](#) - JO du [09-02-1997](#))

TITRE I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les dispositions de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels (Dispositions générales), les dispositions liminaires de la troisième partie (Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes) et les dispositions de son titre 1er (Actes de radiodiagnostic), chapitre 1er (Dispositions générales), sont applicables aux actes médicaux inscrits à la présente nomenclature, sauf exceptions précisées dans le texte.

Les dispositions de l'article 11 (B 1 à 3) de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels s'appliquent aux actes cotés en K et KC inscrits à la présente nomenclature.

Article 1er. - Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués en salle d'imagerie

Pour chaque libellé ci-dessous les cotations sont forfaitaires (actes en K, KC et Z); ne peuvent être cotés en sus du forfait ni les suppléments pour numérisation, radiocinéma ou magnétoscope ni la cotation pour radioscopie de longue durée sous amplificateur de brillance, prévus à la troisième partie de la Nomenclature générale des actes professionnels (titre 1er).

Article 2. - Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués au bloc opératoire

Les cotations en Z placées en regard de chaque libellé ne s'appliquent pas aux actes de radiologie vasculaire réalisés au bloc opératoire; par dérogation aux dispositions de l'article 1er ci-dessus, l'utilisation d'un amplificateur de brillance numérisé avec soustraction au cours des actes de chirurgie vasculaire précisés ci-dessous réalisés au bloc opératoire donne lieu à une cotation Z 80.

Cette cotation d'angiographie numérisée de bloc opératoire en chirurgie vasculaire s'applique aux actes suivants:

- Angioplasties du titre III, chapitre 1er;
- Artériographie de contrôle per-opératoire;
- Mise en place d'une endoprothèse couverte en vue du traitement d'un anévrisme iliaque isolé.

Cette cotation Z 80 est globale et exclusive de toute autre cotation en Z.

Elle ne donne pas lieu à la majoration prévue à la troisième partie de la Nomenclature générale des actes professionnels, titre 1er, pour les actes de radiodiagnostic effectués en salle d'opération.

Lorsque plusieurs actes sont effectués au cours d'une même séance opératoire, la cotation Z 80 ne peut s'appliquer qu'une fois.

Elle ne peut être cotée que si l'acte radiologique est matérialisé par un document, film ou épreuve et s'il est accompagné d'un compte rendu.

En l'absence de soustraction numérisée, seule la cotation Z 14,5 relative à la radioscopie de longue durée sous amplificateur de brillance peut être appliquée.

TITRE II. - RADIOLOGIE VASCULAIRE

Tous les examens de radiologie vasculaire ci-dessous sont effectués par cathétérisme faisant appel à la technique de Seldinger (sonde intra-artérielle ou intraveineuse guidée), sauf quand le libellé de l'examen précise la voie d'abord vasculaire.

CHAPITRE I. - ANGIOGRAPHIE NUMÉRISÉE PAR VOIE VEINEUSE

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Angiographie numérisée par voie veineuse, quels que soient l'abord veineux, le nombre de vaisseaux examinés et le nombre de séries		30	90	
Cette cotation est globale et les images radiologiques éventuellement obtenues au décours de l'examen (urographie intraveineuse) ne peuvent donner lieu à cotation supplémentaire.				

CHAPITRE II. - THORAX

	KC	K	Z	ARE
Contrôle angiographique d'un ou plusieurs pontage(s) mammaire(s) interne(s) par cathétérisme sélectif		100	160	30
Contrôle d'un (ou plusieurs) pontage(s) mammaire(s) interne(s) par ponction directe humérale et injection rétrograde		50	90	30
Aortographie thoracique globale, deux séries minimum		75	120	30
Aortographie thoracique globale, associée à une aortographie globale de l'aorte abdominale, trois séries minimum		75	160	30
Aortographie thoracique globale, associée à un cathétérisme sélectif d'une de ses branches, trois séries minimum		125	160	30
Artériographie bronchique ou artériographie de la paroi thoracique avec cathétérisme des artères bronchiques, intercostales, mammaires internes, diaphragmatiques, selon les besoins et les dispositions anatomiques		150	300	30
Artériographie médullaire ou artériographie du rachis avec cathétérisme sélectif des artères intercostales et/ou lombaires		150	300	30

Artériographie pulmonaire globale par injection dans l'oreillette droite ou dans le tronc de l'artère pulmonaire, avec ou sans prise de pressions, deux séries minimum		50	120	30
Artériographie pulmonaire sélective ou hyper-sélective des branches de l'artère pulmonaire, avec ou sans prise de pressions, pour bilan d'embolie pulmonaire ou de malformations vasculaires artérielles pulmonaires, deux séries minimum		100	160	30
Cavographie supérieure par ponction veineuse périphérique		45	90	
Cavographie supérieure par cathétérisme quelle que soit la voie d'abord		50	90	
La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de la pose d'une endoprothèse veineuse.				

CHAPITRE III. - TÊTE ET COU

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Artériographie globale de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques par injection dans l'aorte ascendante, trois séries minimum		75	120	30
Artériographie de la crosse aortique, des troncs supra-aortiques et des vaisseaux intracrâniens, y compris éventuellement le temps de retour veineux, six séries minimum		75	160	30
Artériographie de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques avec étude dynamique pour recherche et bilan d'un syndrome de la traversée thoraco-brachiale, quatre séries minimum		75	160	30
Artériographie de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques avec cathétérisme sélectif d'un ou plusieurs de ces troncs, quatre séries minimum		125	240	30
Artériographie cérébrale par cathétérisme sélectif des quatre troncs cervico-encéphaliques (deux carotides, deux vertébrales), six séries minimum		150	300	30
Artériographie cérébrale par ponction directe des deux vaisseaux: ponction directe de l'humérale droite et injection rétrograde, et ponction directe de la carotide primitive gauche, quatre séries minimum		75	240	30
Artériographie de la tête et/ou du cou par cathétérisme super-sélectif de la carotide externe et de ses branches pour bilan de malformation ou de tumeur, quatre séries minimum		150	300	30
Phlébographie cérébrale par micro-cathétérisme sélectif des veines intracrâniennes		150	250	30

(sinus pétreux, sinus caverneux)				
-----------------------------------	--	--	--	--

CHAPITRE IV. - ABDOMEN

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Aortographie abdominale globale, deux séries minimum		75	120	30
Aortographie abdominale globale avec cathétérisme sélectif d'une ou plusieurs branches (rénales, hypogastriques) trois séries minimum		125	160	30
Aortographie abdominale globale avec cathétérisme sélectif du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure, trois séries minimum		125	160	30
Aortographie abdominale globale, avec cathétérisme du tronc coeliaque, de la mésentérique supérieure et de la mésentérique inférieure, quatre séries minimum		125	180	30
Cavographie inférieure par ponction d'une veine périphérique ou de la veine fémorale, comportant une étude de l'axe veineux		45	90	
Cavographie inférieure par cathétérisme		50	90	
Phlébographie surrénalienne par cathétérisme sélectif, y compris les prélèvements veineux associés		125	150	30
Phlébographie spermatique isolée		100	90	30
La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de l'embolisation de la veine spermatique.				
Cavernographie après ponction directe des corps caverneux		30	70	
Phlébographie sus-hépatique par cathétérisme sélectif, une série par branche		100	150	30
Portographie par cathétérisme du système porte par voie trans-hépatique, quelle que soit la voie d'abord (jugulaire ou ponction directe du foie)		150	260	30
La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de la mise en place d'un shunt porto-cave trans-hépatique.				

CHAPITRE V. - MEMBRES

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Aortographie abdominale globale avec étude des deux membres inférieurs, comportant		125	180	30

des séries sur l'aorte abdominale, les artères iliaques et les artères des membres				
Artériographie d'un membre inférieur par ponction directe unilatérale		30	90	30
Artériographie des deux membres inférieurs par ponction directe bilatérale		45	100	30
Phlébographie d'un membre inférieur par ponction veineuse périphérique avec visualisation de la totalité du réseau veineux du membre		30	70	
Phlébographie des deux membres inférieurs par ponctions veineuses périphériques avec visualisation de la totalité des réseaux veineux des deux membres		45	70	
Bilan veineux complet des membres inférieurs pour pathologie veineuse complexe (récidive de varices...) nécessitant plusieurs voies d'abord, des poses de garrots éventuelles et des clichés dans différentes positions		50	120	
Artériographie d'un membre supérieur par ponction directe de l'artère humérale avec visualisation de la totalité de l'axe artériel du membre		50	90	30
Artériographie d'un membre supérieur, par cathétérisme sélectif rétrograde avec visualisation de la totalité de l'axe artériel du membre		100	120	30
Artériographie des deux membres supérieurs par cathétérisme sélectif rétrograde avec visualisation de la totalité des axes artériels des deux membres		125	160	30
Phlébographie d'un membre supérieur par ponction directe avec visualisation de la totalité du réseau veineux du membre		30	70	
Phlébographie des deux membres supérieurs par ponction veineuse périphérique		45	70	
Contrôle de fistule artérioveineuse d'hémodialyse du membre supérieur ou du membre inférieur, quelle que soit la voie d'abord		30	100	

TITRE III. - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

CHAPITRE I. - ANGIOPLASTIES

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
On entend par angioplastie la dilatation endoluminale percutanée par ballonnet d'un vaisseau (artère ou veine) qu'elle s'accompagne ou non de la pose d'une endoprothèse.				
Les cotations comprennent le temps radiologique de repérage et de contrôle.				

Les cotations ci-dessous s'appliquent quelle que soit la longueur de la sténose artérielle pour un vaisseau				
Angioplastie d'une artère sous clavière	150		230	45
L'angioplastie de l'artère carotide ne peut donner lieu à cotation.				
Angioplastie d'une artère viscérale (rénale, tronc coeliaque, mésentérique supérieure, hypogastrique)	170		230	45
Angioplastie d'une artère iliaque	150		150	45
Angioplastie d'une artère fémorale (fémorale commune, profonde, superficielle) et/ou poplitée	150		150	45
Angioplastie du tronc tibio-péronier et/ou des artères de jambe	170		150	45
Pour les deux actes ci-dessus concernant l'étage sous-crural, la cotation est unique quel que soit le nombre de sténoses dilatées.				
Angioplastie d'une fistule artérioveineuse d'hémodialyse	100		100	
Tentative d'angioplastie d'une artère sous clavière, viscérale ou périphérique, en cas de non-franchissement de la sténose	100		150	30

CHAPITRE II. - ACTES DIVERS DE RADIOLOGIE VASCULAIRE INTERVENTIONNELLE

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Les cotations ci-dessous comprennent le temps radiologique de repérage et de contrôle.				
Sympathectomie chimique percutanée (injection à deux étages)	45		50	
Thrombolyse, par mise en place d'un cathéter in situ par voie percutanée, d'une artère viscérale ou périphérique	150		250	45
Thrombo-aspiration d'une artère périphérique par voie percutanée	100		150	45
Mise en place d'une endoprothèse veineuse pour traitement d'une compression extrinsèque	100		90	45
Mise en place par voie percutanée d'un filtre dans la veine cave inférieure	80		90	40
Mise en place d'une endoprothèse couverte en vue du traitement d'un anévrisme iliaque isolé	190		150	70

La mise en place d'une endoprothèse couverte pour un anévrisme aortique ne peut donner lieu à cotation.				
Retrait isolé par voie endovasculaire d'un corps étranger (fragment de cathéter, morceau de sonde vasculaire endoprothèse...), quelle que soit la localisation en dehors des cas nécessitant la mise en place d'une circulation extracorporelle	100		120	45
Implantation d'un système diffuseur dans le système veineux central par cathétérisme percutané	50		30	
Mise en place par voie transhépatique d'un shunt porto-cave, y compris la portographie transhépatique préalable	250		150	90
Ponction-biopsie du foie par voie transjugulaire, y compris les injections de repérage éventuelles	50		30	
Désobstruction par voie percutanée d'une fistule artérioveineuse d'hémodialyse	100		100	45

CHAPITRE III. - OBLITÉRATIONS VASCULAIRES PAR EMBOLISATION

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
On entend par embolisation le langage, dans un territoire anatomique d'un ou plusieurs vaisseaux, de divers matériaux (colles, particules, spires, micro-ballonnets...) après cathétérisme sélectif par voie percutanée.				
La cotation de ces actes inclut les temps radiologiques de repérage et de contrôle.				
Embolisation des artères à destinée viscérale (thorax, abdomen, pelvis)	170		150	45
Embolisation des artères des membres	170		150	45
Embolisation des artères à destinée cervico-encéphalique ou médullaire	250		180	110
Embolisation des vaisseaux intracrâniens	250		180	110
Embolisation d'une fistule carotido-caverneuse	250		180	110
Chimio-embolisation d'une tumeur hépatique	170		150	45
Embolisation veineuse (veines viscérales ou veines des membres)	100		90	45
Embolisation d'un varicocèle testiculaire, y compris le temps préalable de phlébographie spermatique	100		90	45
Embolisation par ponction directe d'une malformation vasculaire (par séance de traitement)	50		90	

CHAPITRE IV. - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE DU FOIE ET DU TUBE DIGESTIF

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Drainage biliaire externe par pose percutanée d'un cathéter après ponction hépatique transpariétale	60		50	30
Drainage biliaire interne par intubation percutanée d'une sténose des voies biliaires, après ponction hépatique transpariétale, avec ou sans mise en place d'une endoprothèse dans la même séance	100		70	60
La cotation de cet acte inclut l'éventuelle dilatation associée d'une (de) sténose(s) des voies biliaires, quelle que soit la technique.				
Dilatation percutanée isolée, quelle que soit la technique, d'une (de) sténose(s) des voies biliaires, après ponction hépatique transpariétale, avec ou sans pose d'endoprothèse	100		50	60
Mise en place percutanée isolée d'une endoprothèse biliaire dans un deuxième temps	60		50	
Changement de cathéter ou d'endoprothèse biliaire, ou dilatation itérative de sténose(s) biliaire(s) bénigne(s)	30		50	
La cotation des actes ci-dessus comprend le repérage et la réalisation éventuelle d'une opacification des voies biliaires et de clichés de contrôle immédiats.				
Gastrostomie par voie percutanée	60		60	30
Cholécystostomie par voie percutanée	60		60	30
Extraction de corps étrangers de l'oesophage sous contrôle fluoroscopique, y compris l'opacification éventuelle de l'oesophage	20		30	

CHAPITRE V. - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE OSTÉO-ARTICULAIRE

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Ponction-aspiration-lavage de calcifications de l'épaule	20		30	
Réséction d'une tumeur osseuse bénigne (ostéome ostéoïde), sous contrôle tomodensitométrie	100		50	45
La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage.				

Ponction biopsie d'un os profond (vertèbre, bassin...), sous contrôle tomodensitométrie	20		30	
La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage.				
Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique	60		50	
Cémentation d'un os long ou du cotyle sous contrôle radiologique	60		50	
Chimio-nucléolyse percutanée pour hernie discale lombaire, y compris la discographie associée	40		80	
Ponction-lavage de disque pour recherche de germes pour bilan d'une spondylodiscite	20		50	

CHAPITRE VI. - ACTES DIVERS DE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Drainage percutané sous contrôle fluoroscopique ou tomodensitométrie d'un abcès ou d'une collection du foie, de la cavité péritonéale ou de l'espace rétropéritonéal, du pelvis ou du parenchyme pulmonaire	60		30	30
La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage.				
Changement de drain percutané sous contrôle fluoroscopique ou tomodensitométrie	30		30	
Néphrostomie percutanée unilatérale	80		50	30
Néphrostomie percutanée bilatérale	120		80	45
Mise en place, après ponction percutanée des cavités pyélo-calicielles, d'une sonde à demeure dans les voies excrétrices urinaires	80		50	
Dilatation tubaire uni ou bilatérale sous contrôle radiographique, y compris les clichés de contrôle	50		50	
Manoeuvres intratubaires uni ou bilatérales après cathétérisme de la trompe sous contrôle radiologique, y compris les clichés de contrôle	50		50	
Macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif...), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage radiologique, sur table dédiée. L'indication doit être posée par une unité de concertation pluridisciplinaire		40	80	

TITRE IV. - CARDIO-RADIOLOGIE INVASIVE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE

CHAPITRE I. - CARDIO-RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Coronarographie diagnostique (quelle que soit la voie d'abord) comportant le cathétérisme gauche avec prises de pressions, la ventriculographie gauche, l'injection des deux coronaires, l'étude éventuelle de la mammaire interne et de l'aorte sus-sigmoïdienne		150	300	45
Coronarographie diagnostique en l'absence de ventriculographie gauche		150	280	45
Coronarographie de contrôle d'une chirurgie de revascularisation comprenant une coronarographie diagnostique telle que décrite ci-dessus et une angiographie par cathétérisme sélectif des greffons veineux et/ou artériels, libres ou pédiculés		150	400	45
Contrôle angiographique d'un ou plusieurs pontage(s) mammaire(s) interne(s) par cathétérisme sélectif		100	160	30
Contrôle angiographique isolé de la revascularisation (par angioplastie ou par pontage) d'une artère coronaire		100	160	30

CHAPITRE II. - CATHÉTÉRISMES

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Cathétérisme du coeur droit avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques, et prélèvement éventuel d'échantillons sanguins pour dosage(s) et mesure éventuelle du débit cardiaque, sous contrôle radioscopique de longue durée par amplificateur de brillance		50	14,5	30
Cathétérisme du coeur gauche par voie artérielle périphérique avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques, prélèvement éventuel d'échantillons sanguins pour dosage(s), sous contrôle radioscopique de longue durée		75	14,5	30

par amplificateur de brillance				
Supplément pour biopsie endomyocardique	30			
Cette cotation est cumulable avec celle du cathétérisme correspondant.				
Cathétérisme des coeurs droit et gauche au cours d'une même séance, avec une ou plusieurs voies d'abord		125	14,5	45
Cathétérisme du coeur droit, tel que défini ci-dessus avec ventriculographie droite isolée		50	120	30
Cathétérisme du coeur gauche tel que défini ci-dessus avec ventriculographie gauche isolée		75	120	30
Cathétérisme du coeur droit tel que défini ci-dessus avec angiocardigraphie globale, quels que soient le site et le nombre des injections		50	150	30
Cathétérisme des coeurs droit et gauche au cours d'une même séance, avec une ou plusieurs voies d'abord, associé à une angiocardigraphie comportant des injections sélectives dans les différentes cavités cardiaques, l'artère pulmonaire, l'aorte sus-sigmoïdienne avec un minimum de deux injections sélectives		125	180	45

CHAPITRE III. - ANGIOPLASTIES DES VAISSEAUX CORONAIRES

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
On entend par angioplastie la dilatation endoluminale percutanée, qu'elle s'accompagne ou non de la pose d'une endoprothèse.				
On entend par vaisseau coronaire: - le tronc commun de l'artère coronaire gauche; - l'artère interventriculaire antérieure et ses branches; - l'artère circonflexe et ses branches; - l'artère coronaire droite et ses branches; - ainsi que les pontages artériels et veineux.				
La cotation de l'angioplastie s'applique à chacun des vaisseaux ainsi définis.				
Angioplastie d'un vaisseau coronaire	190		250	45
Angioplastie de deux vaisseaux coronaires ou plus, que la procédure soit réalisée au cours d'une ou plusieurs séances pendant la même hospitalisation	285		300	70

Coronarographie diagnostique telle que définie plus haut et angioplastie d'un vaisseau coronaire dans la continuité d'une même séance	190	75	450	70
Coronarographie diagnostique telle que définie plus haut et angioplastie de deux vaisseaux coronaires ou plus dans la continuité d'une même séance	285	75	450	100
Les deux cotations ci-dessus ne sont pas applicables lorsque l'indication de l'angioplastie a été posée sur un examen coronarographique préalable, elles résultent pour les actes en K de l'application de l'article 11 B de la première partie de la Nomenclature générale des actes professionnels.				
Supplément pour thrombolyse intra-coronaire	50			
Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, en cas de non-franchissement de la sténose	100		150	30

CHAPITRE IV. - ACTES DIVERS DE CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Mise en place d'une contre-pulsion diastolique par ballonnet intra-aortique posé par voie percutanée	100		14,5	60
Valvuloplastie aortique par voie percutanée (dilatation de la voie aortique en région sous-valvulaire, sus-valvulaire ou valvulaire)	190		120	110
Valvuloplastie d'une valve du coeur droit (tricuspide ou pulmonaire) de l'artère pulmonaire ou de ses branches, ou de prothèses du coeur droit	190		120	110
Valvuloplastie mitrale par voie percutanée	220		120	110
Embolisation ou fermeture par une autre technique d'une fistule ou d'un anévrisme coronarien, d'une fistule ou d'un anévrisme coronaro-pulmonaire ou coronaro-bronchique	190		120	110

CHAPITRE V. - CARDIOLOGIE PÉDIATRIQUE

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Cathétérisme diagnostique chez le nouveau-né ou le nourrisson de moins de vingt-quatre mois, comprenant un cathétérisme droit et gauche, quel que soit le nombre de		150	200	50

voies d'abord, avec enregistrement-lecture des pressions, exploration des cavités et des vaisseaux accessibles, mesure de saturation en oxygène et réalisation d'angiographies				
Manoeuvres thérapeutiques intra-cardiaques chez l'enfant par cathétérisme, quelles que soient les modalités	190		200	100
Manoeuvres thérapeutiques intra-cardiaques par cathétérisme chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de vingt-quatre mois, quelles que soient les modalités	285		200	120
Les manoeuvres thérapeutiques intra-cardiaques par cathétérisme chez l'enfant comprennent notamment l'atrio-septostomie par ballon ou lame, les valvuloplasties par ballonnet en dehors de la mitrale, les angioplasties par ballonnet, la fermeture des défauts congénitaux (y compris le canal artériel), l'embolisation des vaisseaux anormaux ou fistules, les dilatations et pose de stents sur les vaisseaux cardiaques.				

CHAPITRE VI. - RYTHMOLOGIE INTERVENTIONNELLE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Article 1er. - Actes diagnostiques

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Exploration de la conduction intra-cardiaque comprenant l'enregistrement du potentiel hisien, l'exploration de la conduction auriculo-ventriculaire et de l'automatisme sinusal		90	14,5	
Exploration des tachycardies comportant le déclenchement et/ou l'arrêt des crises, la détermination de leur nature (auriculaire ou ventriculaire ou jonctionnelle) et de leur point d'origine (voie de conduction anormale, zone arythmogène)		120	25	

Article 2. - Actes thérapeutiques

Désignation de l'acte	KC	K	Z	ARE
Stimulation auriculaire par voie transoesophagienne à visée thérapeutique en établissement de soins disposant de matériel de réanimation		40		
Ablation par radiofréquence de structures intra-cardiaques (voie de conduction				

normale ou anormale, zone arythmogène) :				
- En cas de cathétérisme droit	180		150	30
- En cas de double cathétérisme droit et gauche	220		150	45
Primo-implantation d'un stimulateur cardiaque définitif monochambre	110		14,5	30
Primo-implantation d'un stimulateur cardiaque définitif double chambre (restaurant la synchronisation auriculo-ventriculaire)	130		25	30
Changement de boîtier simple	50			
Remplacement d'un pacemaker monochambre par un pacemaker double chambre	120		14,5	30
Extraction de sonde de stimulateur implanté, en cas d'infection, dans un centre disposant d'une possibilité de chirurgie thoracique ou cardiaque	150		25	45

CINQUIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

0004	<p>Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements biopsiques (uniques ou multiples), quel que soit le nombre de fragments</p> <p>Définition du prélèvement biopsique : c'est un prélèvement in vivo, d'un fragment d'organe, de tissu ou de néoplasme, dans le but de le soumettre à un examen histologique; il s'agit d'un prélèvement n'emportant pas la lésion dans sa totalité.</p> <p>Cette cotation est applicable en cas de prélèvement biopsique unique ou en cas de prélèvements biopsiques multiples non individualisés:</p> <p>Biopsie cutanée ; Biopsie du col utérin ; Biopsie de l'endomètre (est exclu l'examen des dispositifs intra-utérins) ; Biopsie rectocolique ; Biopsie d'intestin grêle (duodénum, jéjunum, iléon); Biopsie osseuse ; Biopsie prostatique ; Biopsie gastrique ; Biopsie hépatique ;</p>	P	100
------	--	---	-----

	<p>Biopsie rénale ; Biopsie laryngée ; Biopsie bronchique (une cotation par côté) ; Biopsie amygdalienne (une cotation par côté) ; Biopsie testiculaire (une cotation par côté) Biopsie vésicale ; ...</p>		
0005	<p>Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements biopsiques étagés effectués au niveau de plusieurs zones de voisinage et nécessitant l' individualisation des prélèvements (cette individualisation doit apparaître dans le compte-rendu)</p> <p>Cette cotation est applicable à l'examen de plusieurs prélèvements biopsiques effectués sur un même organe au niveau de plusieurs zones de voisinage, dont la localisation respective est précisée par le préleveur et qui sont individualisés:</p> <p>Biopsies laryngées à plusieurs niveaux ; Biopsies oesophagiennes à plusieurs niveaux ; Biopsies gastriques à plusieurs niveaux ; Biopsies duodénales à plusieurs niveaux ; Biopsies du col utérin multiples et repérées ; Biopsies recto-coliques-étagées ; Biopsies bronchiques sur plusieurs troncs: l'arbre bronchique droit et l'arbre bronchique gauche font chacun l'objet d'une cotation séparée ...</p>	P	130
0006	<p>Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire intéressant un organe</p> <p>Définition d'une pièce opératoire: c'est le produit d'exérèse d'une lésion dans sa totalité par ablation partielle ou totale d'un organe :</p> <p>Appendicectomie ; Ovariectomie ; Salpingectomie ; Sympathectomie ; Ablation d'un kyste synovial ; Synoviectomie ; Vagotomie unilatérale ou bilatérale ; Exérèse de la jonction pyélo-urétérale ;</p>	P	120

	<p>Épididymectomie ; Exérèse d'une lésion osseuse ; Ablation d'hémorroïdes ; Gastrectomie simple (totale ou partielle) ; Ablation de végétations adénoïdes ; Amygdalectomie ; Ablation d'une lésion cutanée unique (naevus, pendulum, épithélioma baso-cellulaire...) ; Ablation d'un polype digestif unique (complet ou fragmenté) ; Ablation d'un polype vésical unique ; Ablation d'un polype unique du col utérin (complet ou fragmenté) , Hystérectomie totale ou subtotale sans les annexes ; Cholécystectomie (y compris le ganglion du collet) ; Pulpectomie testiculaire bilatérale ; Splénectomie ; Néphrectomie simple ; Parotidectomie ; Thyroïdectomie totale ou partielle ; Lobectomie pulmonaire simple (une cotation par côté) ; Un ganglion ou une chaîne ganglionnaire (une chaîne ganglionnaire est assimilée à un organe) ; Tumorectomie simple (adénome du sein...) ; ... Pour les organes pairs, une cotation par côté.</p>		
--	---	--	--

0007	<p>Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements provenant d'une résection ou d'un curetage effectués par voie endoscopique ou endocavitaire (quelque soit le nombre de fragments)</p> <p>Résection vésicale ; Curetage endo-utérin ; Curetage de l'endomètre ; ...</p>	P	120
------	--	---	-----

0008	<p>Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé</p> <p>Définition d'une pièce opératoire complexe : c'est le produit d'exérèse d'une lésion nécessitant l'ablation d'organes de voisinage (une chaîne ganglionnaire est assimilée à un organe) :</p>	P	220
------	--	---	-----

<p>Pièce opératoire et chaînes ganglionnaires satellites; Annexectomie utérine (ovaire + trompe) ; Hystérectomie totale avec les annexes; Hystérectomie totale élargie aux paramètres et chaînes ganglionnaires satellites ; Gastrectomie et chaînes ganglionnaires satellites ; Ablation de polypes digestifs étagés et individualisés ; Colectomie et chaînes ganglionnaires satellites; Duodéno-pancréatectomie ; Pancréatectomie caudale et splénectomie ; Exérèse simultanée de plusieurs viscères intéressés par le même processus pathologique (exemple: gastrectomie + colectomie partielle + pancréatectomie) ; Mammectomie et curages ganglionnaires (une cotation par côté) ; Laryngectomie et chaînes ganglionnaires satellites ; Pneumonectomie et lobectomie pulmonaire multiple ; Thyroïdectomie totale et chaînes ganglionnaires satellites ; Bilan d'extension des lymphomes (Hodgkin, lymphomes non hodgkiniens) ; Néphro-urétérectomie ; Néphro-urétérectomie, surrénalectomie et ganglions satellites ; Cystoprostectomie et curages ganglionnaires ; Orchiépididymectomie (une cotation par côté) ; Orchiépididymectomie avec curages ganglionnaires (une cotation par côté); Tumorectomies cutanées multiples (deux ou plusieurs naevi), quel qu'en soit le nombre et la ou les localisations ; ... Prélèvements avec protocole complexe: Colonisation du col utérin; Exérèse mammaire pour lésions infracliniques; Prostatectomie simple ou radicale, avec ou sans vésicules séminales et curages ganglionnaires ; Résection endoscopique de prostate ; Biopsies de prostate (\geq à 5 biopsies individualisées) ; ... Les examens anatomopathologiques portant sur le placenta, le cordon ou le fœtus ne peuvent être considérés comme des examens nécropsiques au sens habituel du terme. En effet la finalité de ces examens s'inscrit dans une analyse des causes immédiates de la pathologie de la mère, pour prévenir d'autres anomalies lors d'une grossesse ultérieure.</p> <p>Dans ce sens, ces examens concernent la mère au même titre que des examens de biologie médicale ou anatomopathologiques ayant la même</p>		
--	--	--

	<p>finalité (dosages hormonaux, biopsie de l'endomètre, etc.).</p> <p>Dans ces conditions, la cotation de l'examen n° 0008 est applicable aux actes suivants :</p> <p>Examen du placenta complet avec cordon et membranes ;</p> <p>Examen anatomopathologique complet du fœtus.</p>		
0012	<p>Pratique d'examen extemporané sur un ou plusieurs organes et contrôle histopathologique ultérieur, par inclusion et coupe des prélèvements examinés extemporanément.</p> <p>Cette cotation n'exclut pas, le cas échéant, une des cotations 0006 ou 0008, pour les prélèvements d'organes effectués au cours de la même intervention.</p> <p>Le compte rendu doit préciser qu'il s'agit d'une exérèse supplémentaire dont la nécessité n'a pu apparaître qu'au cours de l'intervention.</p> <p>L'application des cotations 0006 et 0008 en sus du P 300 est soumise aux conditions suivantes: le compte rendu d'examen doit indiquer explicitement (outre la nature et le résultat de l'examen extemporané du ou des organes ainsi que le résultat du contrôle histopathologique ultérieur) :</p> <p>a) Qu'il s'agit d'une exérèse complémentaire d'une pièce opératoire autre que celle ayant fait l'objet de l'examen extemporané ;</p> <p>b) La nature de la pièce opératoire dont l'examen a entraîné l'application de la cotation 0006 ou 0008.</p>	P	300
0013	<p>Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents</p>	P	55
0014	<p>Diagnostic cytopathologique sur liquides, épanchements, écoulements, lavages, expectorations, aspirations, brossages, appositions, grattages.</p> <p>Pour les organes pairs, une cotation par côté.</p> <p>Ces examens doivent entrer dans le champ d'un acte diagnostique ou de suivi thérapeutique et ne peuvent pas être effectués à titre systématique.</p>	P	100
0015	<p>Diagnostic cytopathologique sur ponction ganglionnaire ou tumorale,</p>	P	120

	ponction d'organe. Une seule cotation quelle que soit la technique (étalements et/ou inclusion). Pour les organes pairs, une cotation par côté.		
0016	Diagnostic cytopathologique de prélèvements effectués par ponction au niveau de plusieurs zones de voisinage nécessitant l'individualisation des prélèvements	P	130
0017	Examen immunohistochimique sur coupes en paraffine ou en résine (quel que soit le nombre d'anticorps employés)	P	200
0018	Examen immunohistochimique sur coupes à congélation quel que soit le nombre d'anticorps employés.	P	300
	<p>Les cotations 0017 et 0018:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ne sont pas applicables à des étalements sur lame ; - ne concernent pas les techniques d'hybridation in situ, de cytométrie en flux et de cytométrie à balayage. <p>Les examens n° 0017 et 0018 doivent faire l'objet d'un compte rendu spécifique intégré ou non dans le compte rendu de l'examen histologique standard.</p> <p>Le compte rendu d'immunohistochimie doit comporter quatre rubriques clairement individualisées:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Précisions quant à la technique utilisée ; 2. Nom des anticorps utilisés ; 3. Résultats de l'examen ; 4. Conclusions. 		