

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP) RESTANT EN VIGUEUR DEPUIS LA DECISION UNCAM DU 11 MARS 2005

PRESENTATION

HISTORIQUE

1. Depuis la loi du [13 août 2004](#), les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1-7 du code la Sécurité Sociale).
2. La décision UNCAM du [11 mars 2005 \(JO du 30 mars 2005\)](#), au moment de la mise en œuvre de la CCAM, a distingué deux parties dans cette liste :
 - la CCAM, qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins décrits au Livre II et les dispositions générales et diverses s'y rapportant qui figurent au Livre I et au Livre III aux articles 1, 2 et 3 ;
 - la NGAP, qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Seules les modifications entraînées par la mise en œuvre de la CCAM sont mentionnées au Livre III à l'article III-4 (modifications des dispositions générales, suppression de titres, de chapitres, d'actes...).

Depuis la décision UNCAM du [11 mars 2005](#), toutes les modifications de la Liste des actes et des prestations font l'objet de décisions UNCAM publiées au Journal officiel. Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes des auxiliaires médicaux, sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la Liste.

OBJECTIF DE CETTE PUBLICATION

Présenter les dispositions générales et les actes restant pris en charge selon la NGAP.

Cette présentation s'appuie sur les textes réglementaires parus au Journal officiel depuis l'arrêté du [27 mars 1972](#) (date de création de la NGAP) qui restent seuls opposables. Les références aux textes récents, parus depuis [2005](#), sont mentionnées.

Des notes explicatives ou commentaires ont été insérés pour faciliter la compréhension.

Décisions UNCAM :

11/03/05 - JO du 30/03/05
8/07/05 - JO du 26/08/05
06/12/05 - JO du 05/04/06
27/04/06 - JO du 16/05/06
23/06/06 - JO du 27/06/06
29/06/06 - JO du 30/06/06
04/07/06 - JO du 06/10/06
31/07/06 - JO du 15/09/07
14/11/06 - JO du 22/12/06
05/12/06 - JO du 09/02/07
07/03/07 - JO du 15/05/07
03/04/07 - JO du 27/06/07
03/04/07 - JO du 29/06/07
06/07/07 - JO du 03/10/07
23/08/07 - JO du 11/09/07
13/12/07 - JO du 08/03/08
05/02/08 - JO du 22/04/08
04/03/08 – JO du 23/05/08
01/07/08 – JO du 25/09/08
08/10/08 – JO du 25/10/08
08/10/08 – JO du 19/12/08
09/07/09 – JO du 19/09/09
14/01/10 – JO du 19/01/10
23/11/09 – JO du 11/02/10
18/01/10 – JO du 25/04/10
16/03/10 – JO du 28/05/10

23/12/10 – JO du 06/01/11
17/01/11 – JO du 06/03/11
28/09/11 – JO du 10/12/11
02/11/11 – JO du 20/01/12
20/12/11 – JO du 21/02/12
20/12/11 – JO du 28/02/12
09/02/12 – JO du 13/04/12
20/03/12 - JO du 7/06/12
22/05/12 – JO du 5/09/12
19/07/12 – JO du 23/11/12
13/09/12 – JO du 22/11/12
02/10/12 – JO du 14/11/12
26/12/12 – JO du 13/02/13
14/02/13 – JO du 16/04/13
21/03/13 – JO du 16/05/13
21/03/13 – JO du 23/05/13
08/04/13 – JO du 31/05/13
31/05/13 – JO du 03/08/13
25/09/13 – JO du 27/11/13
26/11/13 – JO du 23/01/14
17/12/13 – JO du 08/02/14
15/10/13 – JO du 08/02/13
18/04/14 – JO du 24/06/14
16/07/14 – JO du 24/09/14
21/07/14 – JO du 30/09/14
31/03/2015 – JO du 2/03/15

CHAMP DE LA NGAP

I. Actes réalisés par les médecins :

1. Actes réalisés exclusivement par les médecins :

- ♦ les actes cliniques y compris les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux,
- ♦ les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- ♦ les actes de prélèvements réalisés par les médecins biologistes,
- ♦ les actes de chimiothérapie anticancéreuse,
- ♦ les actes de pratique thermale.

2. Actes communs avec ceux des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux, plusieurs cas sont possibles :

- ♦ l'acte n'existe pas à la **CCAM** (par exemple : injection intraveineuse, bilan ostéo-articulaire, rééducation ...) dans ce cas, conformément à l'article 3 des Dispositions générales de la NGAP, le médecin utilise la NGAP avec le coefficient de l'acte indiqué et la lettre clé K ;
- ♦ l'acte existe à la **CCAM** et à la NGAP (par exemple le cathétérisme urétral chez l'homme) dans ce cas, quand un médecin réalise cet acte, il le code et le facture selon la **CCAM** et l'infirmière continue à utiliser la NGAP.

3. Cas particuliers des actes de chirurgie dentaire réalisé par des médecins :

- ♦ soit ces actes étaient antérieurement cotés en KCC et dans ce cas ils sont maintenant inscrits à la **CCAM** et ils doivent être facturés en **CCAM** ;
- ♦ soit ces actes sont des actes de chirurgie dentaire réalisés par les chirurgiens-dentistes mais également par des médecins, dans ce cas ils doivent être facturés par ces deux professions selon la NGAP ; quand ils sont réalisés en établissement sous anesthésie générale, les anesthésies correspondantes doivent être codées et facturées selon la **CCAM** ;
- ♦ soit ces actes sont des actes de radiographie dentaire réalisés par les stomatologistes et par les chirurgiens-dentistes dans ce cas ils doivent être facturés par ces deux professions selon la NGAP.

II. Actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les infirmières et les pédicures-podologues

CORRESPONDANCE ENTRE LES CHAMPS D'ACTES ET LES TITRES ET CHAPITRES

Remarque : La numérotation correspondant aux textes réglementaires antérieurs à 2005 a été conservée. Comme certains titres, chapitres ou articles ont été supprimés par la Décision du 11/03/05, il n'y a plus de continuité dans la numérotation.

Première partie

Dispositions Générales	<ul style="list-style-type: none">- concernent toutes les professions de santé ;- comprend en particulier les actes cliniques.
------------------------	---

Deuxième partie

Acte de brûlures	Titre I – Chapitre III
Actes de prélèvement	Titre II – Chapitre I, III, IV, V Titre III - Chapitre I, article 1, Chapitre V, article 6 Titre VII – Chapitre III, article 3 Titre VIII – Chapitre II, III, IV Titre XI – Chapitre I, article 1 Titre XVI, Chapitre I, article 1, article 6
Actes portant sur l'estomac et l'intestin	Titre VIII – Chapitre III
Actes liés à la gestation et l'accouchement : Actes réalisés par les médecins	Titre XI – Chapitre II ; Section 1
Actes de chimiothérapie	Titre II – Chapitre V ; Section II – article 3
Actes d'orthoptie	Titre III – Chapitre II – article 1
Actes d'orthophonie	Titre IV – Chapitre II – article 2
Actes réalisés par des sages-femmes	Titre XI – Chapitre II ; Section 2 Titre XIV – Chapitre II, article 8 Titre XV – Chapitre V, article 1 Titre XVI
Actes de chirurgie dentaire	Titre I – Chapitre III Titre II – Chapitre I Titre II - Chapitre III Titre II – Chapitre IV Titre II – Chapitre VI Titre III – Chapitre I Titre III – Chapitre IV Titre III – Chapitre V Titre III – Chapitre VI Titre III – Chapitre VII Titre III – Chapitre VIII

Actes de pédicurie-podologie	Titre XII – Chapitre II, article 3, article 4
Actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux	Titre XIII - Chapitre II
Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles	Titre XII – Chapitre II, article 3 Titre XIV Titre XV – Chapitre V, article 2
Actes de pratique thermale	Titre XV – Chapitre IV, articles 2 et 3
Actes infirmiers	Titre II- Chapitre V ; Section II, article 1 Titre XVI

Troisième partie

Actes radiodiagnostic pour les chirurgiens-dentistes et les stomatologistes	Titre I - Chapitre I Titre I – Chapitre II Titre I – Chapitre IV Titre I – Chapitre V
---	--

Cinquième partie

Actes d’anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d’analyses de biologie médicale
--

GUIDE DE LECTURE

Code couleur :

Bleu : date des textes de référence
Rouge : CCAM
Kaki : suppression
Violet : commentaire

Code caractères

Italiques : parties du texte non modifiées par des textes réglementaires mais qui sont devenues sans objet, par exemple parce que les actes auxquelles elles s'appliquent ont été supprimées de la NGAP.

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 (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, du 05/02/08, 04/03/08, 08/10/08, par arrêté du 14/01/10, les décisions UNCAM du 18/01/10, 23/12/10, 14/02/13 et du 15/10/13)

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 généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

CS - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié. »

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

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

CDE - Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

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

VL - Visite longue et complexe réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant.

VS - Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

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

K - Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)).

KMB - Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste

KE - Acte d'échographie, d'échotomographie ou de Doppler pratiqués par la sage-femme

Z - Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)) ou le chirurgien-dentiste.

ORT - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.

TO - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SP : séance de suivi postnatal réalisé par la sage-femme

SF - Actes pratiqué 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 effectué 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, autre 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.

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

DI - Démarche de soins infirmiers.

AMP - Actes pratiqué par le pédicure.

POD : acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

AMO - Actes pratiqué par l'orthophoniste.

AMY - Acte pratiqué par l'orthoptiste.

VAC - Acte de vaccination pour le vaccin grippal pandémique A(H1N1) 2009, réalisé par un médecin au cours d'une séance de vaccination spécifique au cabinet ou au domicile du patient.

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 (modifiée par les décisions UNCAM du 06/12/05, 07/03/07, 18/01/10, du 26/12/12, du 08/04/13 et du 25/09/13)

Lorsque le médecin spécialiste, dont la spécialité est mentionnée dans la liste ci-après, est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation à une majoration forfaitaire transitoire dénommée **MPC** dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

Par dérogation, les médecins spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des 35-1 et 35-2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 peuvent bénéficier de la majoration forfaitaire transitoire **MPC** dès lors qu'ils adhèrent au contrat d'accès aux soins défini aux articles 36 et suivants de la convention nationale précitée ou pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans le respect du premier alinéa de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale et aux patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) définie à l'article L.863-3 du même code.

La valeur en unité monétaire de cette majoration forfaitaire transitoire, qui fait l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin ou de l'âge des patients (moins de 16 ans et plus de 16 ans), est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Liste des spécialités donnant droit à la majoration forfaitaire transitoire :

- Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale
- Réanimation Médicale
- Cardiologie et Pathologie Cardio-Vasculaire
- Dermatologie et Vénérologie
- Gastro-Entérologie et Hépatologie
- Médecine Interne
- Neurochirurgie
- Oto-Rhino-Laryngologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Rhumatologie
- Ophtalmologie
- Stomatologie
- Médecine Physique et de Réadaptation
- Neurologie
- Néphrologie

- Anatomie-Cytologie-Pathologiques
- Biologie
- Endocrinologie et Métabolismes
- Neuro Psychiatrie
- Psychiatrie Générale
- Psychiatrie option psychiatrie -de l'enfant et de l'adolescent
- Chirurgie Générale
- Chirurgie Urologique
- Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
- Chirurgie Infantile
- Chirurgie Maxillo-Faciale
- Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
- Chirurgie Plastique Reconstructrice et Esthétique
- Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
- Chirurgie Vasculaire
- Chirurgie Viscérale et Digestive
- Gynécologie Médicale
- Gynécologie Obstétrique
- Gynécologie Médicale et Obstétrique

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

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

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

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 praticien 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 modifié suite au décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01)

Article abrogé par la décision UNCAM du 11/03/05 pour les actes inscrits au Livre II (CCAM)

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'accord 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'accord 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 - Accord préalable [modifiée par décret n° 2001-492 du 06/06/01 (JO du 10/06/01) et décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01), décision UNCAM du 02/10/12 et du 15/10/13]

« Article 7 - Accord préalable »

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

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

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

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

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

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

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

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

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

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

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande. Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

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

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

D. Lorsque la demande d'accord préalable porte sur 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

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

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 20ème 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

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

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

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

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 (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05, 05/02/08, 08/10/08, 02/10/12 du 21/03/13, du 15/10/13 et du 18/04/14)

A. Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

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

Exceptions :

- 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 ;
- le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal du titre XI, chapitre I, article 2, avec ceux de la consultation. Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les 3 ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de 2 frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.
- Le cumul des honoraires de la consultation de suivi de la grossesse avec un acte d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse : lorsqu'une sage-femme, titulaire d'un Diplôme interuniversitaire (DIU) ou d'un Diplôme universitaire (DU) d'échographie obstétricale assurant le suivi médical de grossesse, réalise un acte d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse normale et une consultation de suivi de la grossesse, elle peut facturer les honoraires de ces actes d'échographie avec les honoraires correspondant à la consultation de suivi de la grossesse.

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

Il est rappelé que ces actes d'échographie biométrique et morphologique de la grossesse ne peuvent être facturés qu'une seule fois par trimestre. Chacun de ces 2 actes (acte d'échographie et consultation) est facturé à taux plein.

B. Actes en K, KMB, KE, , SF, SP, 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.
Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.
3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

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

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :
 - a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
 - b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

**Les conditions de cumul de l'AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au Titre XVI - chapitre I - article 11 - § 2 et 4.
Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux selon le Titre IV - Chapitre II - article 2.**

Article 12 - Actes en plusieurs temps (modifié par décision UNCAM du 15/10/13)

- 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.
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 (modifié par décision UNCAM du 20/03/12)

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

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

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

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

B) Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

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

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

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

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

C) Indemnité horokilométrique (IK)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

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 (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 08/10/08)

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 (modifié par décision UNCAM du 05/02/08)

1. Visites du dimanche, de jours fériés légaux, visites de nuit, actes de coefficient inférieur à 15, forfait d'accouchement

À la valeur des lettres-clés V, VS et VNPSY et exceptionnellement C, CS et CNPSY, de même qu'à celles des actes K, KMB, KE, Z, , SP, SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

En matière d'accouchement, seule est à prendre en considération pour l'octroi de cette majoration l'heure de la naissance.

1 bis. La majoration de nuit pour les actes de nuit effectués par les médecins généralistes, les pédiatres et les sages-femmes, dans les conditions mentionnées ci-dessus, peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

2. Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15

- Actes de nuit

Pour les actes en K, KE, Z, , SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 15 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

- Actes du dimanche et jours fériés légaux.

Pour les actes en K, KE, Z, , SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

B. Actes effectués par les auxiliaires médicaux et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers

La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés prévues à l'article 2.

Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

La majoration forfaitaire pour les actes de nuit effectués par les infirmiers ainsi que par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Article 14.1 - Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale (modifiée par la décision UNCAM du 18/07/05)

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 **CCAM**. 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 (modifiée par les décisions UNCAM du 11/03/05 et du 05/12/06)

I. Lorsque le médecin généraliste 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 neuromusculaire (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 20/07/01 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 inscrite à la CCAM d'un tarif supérieur à 313,50 euros, 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 ostéoarticulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique, par atteinte cardiovasculaire 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. Lorsque le médecin généraliste 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 généraliste communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

III. Lorsque le médecin généraliste est amené à se déplacer au domicile d'une personne ne rentrant pas dans les situations prévues ci-dessus, la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement **MD** :

- dès lors que cette personne ne peut se déplacer en raison de son âge ou que la composition de sa famille a une incidence sur sa capacité à se déplacer au cabinet du médecin généraliste ;
- dès lors que cette personne est atteinte d'une maladie contagieuse et que la consultation au cabinet est contre indiquée.

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

IV. Lorsque le médecin généraliste 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, telle que prévue à la **CCAM**.

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 généraliste 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

Abrogée par la décision UNCAM du 18/07/05. Voir chapitre 19.03.01 (M) de la CCAM.

Article 14.4 - Forfait pédiatrique (modifié par la décision UNCAM du 20/12/11)

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

Cette majoration ne s'applique qu'aux consultations et aux visites répondant aux conditions fixées dans l'annexe de l'arrêté du 31/07/02 relatif à l'accord de bonnes pratiques et de bon usage des soins applicable aux pédiatres.

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

Article 14.4 bis - Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le pédiatre (créée par décision UNCAM du 06/12/05 et modifiée par décision UNCAM du 20/12/11, du 26/12/12 et du 08/04/13)

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

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

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

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

Article 14.4 ter - Majoration des examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R.2132-2 du code de santé publique et de l'examen entre la sortie de maternité et le 28ème jour, par le pédiatre (créée par décision UNCAM du 06/07/07 et modifiée par la décision UNCAM du 20/12/11)

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

- prendre connaissance du dossier médico-infirmier de l'enfant et de la mère,
- pratiquer un examen complet de l'enfant, orienté notamment vers le dépistage des anomalies congénitales, des déficiences et renseigner la rubrique du carnet de santé concernant l'examen clinique de l'enfant dans la période périnatale,
- porter sur le carnet de santé de l'enfant les observations médicales, les interventions, et les prescriptions éventuelles qu'il juge utile de mentionner,
- remplir et adresser la partie médicale des certificats de santé prévus par la Loi n°86-1307 du 29 décembre 1986 et la Loi n°89-899 du 18 décembre 1989, conformément aux dispositions de l'article R.2132-3 du code de santé publique, à l'exception de l'examen entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour.

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

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

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

Article 14.4 quater - Majoration de consultation annuelle de synthèse, par le pédiatre, pour un enfant de moins de seize ans atteint d'une affection de longue durée (créée par décision UNCAM du 06/07/07 et modifiée par décision UNCAM du 21/03/13 et du 08/04/13)

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

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

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

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

Article 14.4 quinquies – Majoration pour la prise en charge des enfants de 25 mois à 6 ans par le pédiatre (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée par décision UNCAM du 26/12/12 et du 08/04/13)

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

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

Cette majoration est cumulable avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis (MPC). Elle n'est pas cumulable avec les majorations FPE, MNP, MBB et prévues aux articles 14-4, 14-4 bis et 14-4 ter.

Article 14.4.1 - Forfait pédiatrique du médecin généraliste

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 généraliste, 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 généraliste 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 14.4.2 - Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste (créée par décision UNCAM du 06/12/05 et modifié par décision UNCAM du 20/03/12)

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

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

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

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

Article 14.4.3 - Majoration pour la prise en charge des jeunes enfants par le médecin généraliste (créée et modifiée par les décisions UNCAM du 27/04/06 du 05/12/06)

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

Cette majoration ne se cumule pas avec le forfait prévu à l'article 14.4.1 (Forfait pédiatrique du médecin généraliste) (**FPE**), ni avec la majoration prévue à l'article 14-4-2 (Majoration pour la prise en charge des nourrissons par le médecin généraliste) (**MNO**).

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

Article 14.4.4 - Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre. (créée par la décision UNCAM du 06/07/07 et modifiée par décision UNCAM du 20/12/11)

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

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

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

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

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

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

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

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

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

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

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

Ces deux majorations **MPF** et **MAF**, liées à ces deux consultations familiales, sont cumulables avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation

au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis.

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

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

Abrogée par décision UNCAM du 18/07/05. Voir Chapitre 19 de la CCAM (codes YYYY008 et YYYY011).

Article 15 - Contenu de la consultation, de la visite (modifié par la décision UNCAM du 18/07/05)

La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

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

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

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

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

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

La cotation CsC ne peut être appliquée dans le cadre du suivi direct du patient.

Elle ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés.

Article 15.2 – Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin généraliste 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 généraliste 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 15.2.1 – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

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

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

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

Article 15.2.2 Consultation spécifique entre la sortie de maternité et le 28^{ème} jour réalisée par un pédiatre (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

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

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

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

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

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

Article 15.2.3. Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

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

Cette visite est dénommée VL. Elle peut être tarifée une fois par an, et / ou en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement, nécessitant de réévaluer l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels, et, les moyens mis en place.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

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

Article 15.2.4 – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

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

Article 15.3 - Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation (créée par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 25/09/13)

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

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

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

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

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

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

Article 15.4 - Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie (créée par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 06/07/07 et du 20/12/11)

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

1) Diabète inaugural ou compliqué insulino dépendant ou insulino requérant

Cette consultation concerne les patients :

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

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

2) Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

- remettre au patient un compte-rendu de consultation.

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

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

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

Article 15.5 Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation (créée par décision UNCAM du 08/04/13)

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

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

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

Cette consultation donne lieu à la majoration MIC. Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois après un séjour hospitalier pour décompensation de la pathologie, avec une consultation à tarif opposable.

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

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

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

Article 15.6 - Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité (créée par décision UNCAM du 08/04/13)

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

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

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

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

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

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

Elle est facturable par le psychiatre correspondant, conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

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

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

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

Article 15.7 Majoration de suivi par le pédiatre des enfants nés grands prématurés ou atteints d'une pathologie congénitale grave (créée par décision UNCAM du 08/04/13)

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

Au cours de cette consultation, le pédiatre :

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

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

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

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

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 généralistes, 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 – (modifié par décision UNCAM du 06/12/05)

A. Consultation entre deux médecins généralistes

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

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

B. Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins (modifié par décision UNCAM du 27/04/06, 05/12/06, 17/01/11, 20/12/11, du 02/10/12, du 08/04/13, du 25/09/13 et du 17/12/13)

Principes

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

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

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

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

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

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

- HAHA002 : Biopsie de lèvre
- QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
- JHHA001 : Biopsie du pénis
- JMHA001 : Biopsie de la vulve

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

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

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

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

Dérogations

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

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

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

Champ et honoraires

a) Médecins spécialistes

L'avis ponctuel de consultant est accessible aux spécialistes suivants : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification

de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

b) Honoraires

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

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

Cas particuliers

C2 des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter une C2, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

C2 des anesthésistes

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

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

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

C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

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

Article 18.1 - Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique (créée par décision UNCAM du 06/12/05, supprimée par décision UNCAM du 17/01/11)

Article 19 - Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale (modifié par la décision UNCAM du 18/07/05)

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 tarif est compris entre 104,50 € et 167,20 €,

K 15 pour les actes dont le tarif est supérieur à 167,20 €.

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 (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05)

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

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

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 (modifié par la décision UNCAM du 23/08/07)

1. Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15 ou d'un tarif égal ou supérieur à 31,35 €, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les 15 jours suivant l'intervention.
Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 15 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 ou d'un tarif inférieur à 31,35 €, 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^o au 15^o 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 15^o jour : C x 0,20.

c) Clinique obstétricale (modifié par la décision UNCAM du 23/08/07)

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 1^o au 15^o 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 15^o 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 8^o au 15^o 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 15^o 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

L'application de cet article a été suspendue par une décision ministérielle du 17/10/91.

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 (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05)

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 de la CCAM autre que l'acte d'anesthésie.

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

Article 23 - Majorations pour certains actes réalisés par des infirmiers (créé par décision UNCAM du 20/12/11)

Article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

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

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

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

Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier(ère) (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsque l’infirmier(ère) réalise à domicile :

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

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

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

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

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

Articles 24 -25-26 : abrogés par la décision UNCAM du 11/03/05

DEUXIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX N'UTILISANT PAS LES RADIATIONS IONISANTES

Modifiée par décisions UNCAM du 11/03/05 et 18/07/05

PRESENTATION

Pour chaque acte est indiqué son coefficient et la ou les lettres-clés des praticiens qui réalisent ces actes.

Le coefficient des actes peut différer selon les professions. Dans ce cas, pour chaque profession figure le coefficient de l'acte qui la concerne avec sa propre lettre clé.

Plusieurs cas sont possibles :

- ◆ Pour les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux les lettres-clés de chaque profession réalisant ces actes sont mentionnées.
- ◆ Pour les actes de chirurgie dentaire réalisés par des médecins et les chirurgiens-dentistes, les lettres-clés de chacune des professions sont mentionnées.
- ◆ Pour les actes de radiographie dentaire réalisés par les stomatologistes et les chirurgiens-dentistes, la lettre clé Z est mentionnée.
- ◆ Pour les actes réalisés par des médecins :
 - quand ces actes sont exclusivement réalisés par eux, car ne figurant pas à la **CCAM** (exemple : actes de chimiothérapie...), la lettre-clé K est indiquée ;
 - quand ces actes sont partagés avec d'autres professions (exemple : actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, actes infirmiers...), seules les lettres-clés des autres professions pouvant réaliser ces actes sont indiquées. Si un médecin est amené à effectuer un de ces actes ne figurant pas à la **CCAM**, il utilise la lettre-clé K qui n'est pas mentionnée afin de ne pas alourdir la lecture.

Quand les actes sont soumis à la procédure de l'accord préalable (article 7 des dispositions générales), les lettres AP sont indiquées en regard de l'acte.

TITRE I - ACTES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

CHAPITRE III. - PLAIES RÉCENTES OU ANCIENNES (modifié par Décision UNCAM du 23/08/07 et du 15/10/13)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Nettoyage ou pansement d'une brûlure :		
- surface au-dessous de 10 cm ²	9	K
- surface inférieure à 10% de la surface du corps	16	K
Ces chiffres sont à majorer de 50% s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains		

TITRE II - ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL

CHAPITRE I - PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUSCUTANÉ (modifié par Décision UNCAM du 08/10/08 et par arrêté du 14/01/10)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvements aseptiques à différents niveaux des muqueuses ou de la peau, quel qu'en soit le nombre pour examen cytologique, bactériologique, parasitologique, mycologique ou virologique à l'exception de biopsies.	3	K
Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique	5	K
Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique	7	K
- si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains	10	K
Ponction d'abcès ou de ganglion	3	K
Acte de vaccination pour le vaccin grippal pandémique A(H1N1) 2009, réalisé par un médecin au cours d'une séance de vaccination spécifique au cabinet ou au domicile du patient. La cotation de l'acte prend en compte l'entretien médical, la prescription, la préparation et l'injection du vaccin, le renseignement du bon et du certificat de vaccination. La prise en charge est soumise aux conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> acte effectué avant le 30 septembre 2010 ; ▪ renseignement du bon et du certificat de vaccination du patient ; ▪ retour des bons de vaccination avec bordereau d'expédition récapitulatif. Cet acte ne se cumule avec aucun autre acte médical.	1	VAC

CHAPITRE III - OS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction biopsique osseuse	5	K

CHAPITRE IV - ARTICULATIONS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :		
- toutes articulations sauf la hanche	5	K
- hanche	10	K

CHAPITRE V - VAISSEAUX

Section II. - ARTÈRES ET VEINES

Article premier. - Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction d'un tronc veineux de la tête et du cou	3	K ou AMI
Ponction artérielle percutanée	5	K ou AMI

Article 3 – Cancérologie

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique (à l'exception des perfusions par pompes portables ou implantables).</p> <p>Chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'accord préalable et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps.</p> <p>Le protocole doit comporter :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'indication de la pathologie motivant la thérapeutique ; 2) les produits injectés ; 3) la procédure (bolus, semicontinue, 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	K	AP
- perfusion semicontinue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures	20	K	AP
- perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt-quatre heures, par séance de vingt-quatre heures	30	K	AP
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 accord préalable	30	K	AP
- 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 accord préalable	10	K	AP

CHAPITRE VI - NERFS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Infiltrations percutanées :		
Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.)	5	K

TITRE III - ACTES PORTANT SUR LA TÊTE

CHAPITRE I - CRÂNE ET ENCÉPHALE

Article premier - Investigations neurologiques centrales et périphériques

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection médicamenteuse, avec ou sans épreuve au manomètre de Queckenstedt Stookey	8	K

CHAPITRE II – ORBITE - OEIL

Article 1 - Orthoptie : bilans et rééducations (modifiée par décision UNCAM du 01/07/08 et du 19/07/12)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>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.</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. L'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées. L'orthoptiste établit la demande d'accord 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 orthoptique fonctionnel de la basse vision, d'une durée de 60 minutes avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2ème bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie.	20	AMY	

<p>Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs 			
<p>Bilan des troubles neuro visuels diagnostiqués, d'une durée de 60 minutes avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2ème bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie.</p> <p>Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs 	20,1	AMY	
<p>Bilan orthoptique dans le cadre du traitement des déséquilibres oculo-moteurs et des déficits neuro-sensoriels y afférents, comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs. <p>Avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, d'une durée d'au moins 30 minutes par séance, avec un maximum de deux actes par an (sauf accord du service médical).</p>	10	AMY	
<p>Un des examens suivants peut être côté en supplément à un bilan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la détermination objective de l'acuité visuelle, - la déviométrie (test de Lancaster et/ou de Hess Weiss et/ou mesures dans toutes les directions), - l'analyse fonctionnelle des troubles neurovisuels hors bilan pour troubles neurovisuels 	4,1	AMY	
<p>Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes présentant une basse vision et/ou des troubles neuro visuels susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie.</p>			
<p>Rééducation de la basse vision : Cette rééducation est destinée aux patients dont l'acuité visuelle avec la meilleure correction optique est ≤ 0.3 et/ou le champ visuel est $\leq 20^\circ$.</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une durée d'au moins 60 mn pour les patients de plus de 16 ans - d'une durée d'au moins 40 mn pour les 3 à 16 ans - d'une durée d'au moins 30 mn pour l'enfant de moins de 3 ans 	16,2 11,2 10,2	AMY AMY AMY	AP
<p>Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances d'au moins 20 minutes, par séance</p>	5,4	AMY	AP
<p>Traitement du strabisme par série de vingt séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes par séance</p>	5,4	AMY	AP
<p>Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de douze séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes, par séance</p>	4	AMY	AP

Article 2 - Orthoptie : actes avec enregistrements (créé par décision UNCAM du 19/07/12 et modifié par décision UNCAM du 17/12/13)

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

Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée sans mesure de seuil	9,5	AMY	
Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée avec mesure de seuil	10,3	AMY	
Courbe d'adaptation à l'obscurité,	9	AMY	
Exploration du sens chromatique,	6	AMY	
Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score.	9	AMY	
Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec télétransmission au médecin lecteur <i>La facturation de cet acte est conditionnée à :</i> - une formation - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille - la télétransmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur. - Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase. -Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil.	6,7	AMY	
Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec transmission par autre moyen que la télétransmission au médecin lecteur <i>La facturation de cet acte est conditionnée à :</i> - une formation - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille - la transmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur. - Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase. -Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil.	6,1	AMY	

CHAPITRE IV – FACE (modifié par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 2 - Sinus

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction isolée du sinus maxillaire	10	K

Article 3 - Traitement de diverses lésions de la face (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

CHAPITRE V - BOUCHE - PHARYNX (parties molles) (modifié par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 2 – Langue (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 5 - Glandes salivaires (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 6 - Traitement de tumeurs diverses

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :		
- d'une lésion intrabuccale de l'oropharynx	5	K
- d'une lésion intrabuccale de l'hypopharynx ou du cavum	10	K
Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne	5	K

CHAPITRE VI – MAXILLAIRES (modifié par décision UNCAM du 15/10/13)

Article premier – Fractures (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 2 - Lésions infectieuses (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 3 - Malformations et tumeurs (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 4 - Articulation temporo-maxillaire (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 5 - Orthopédie dento-faciale (modifié par décision UNCAM du 17/12/13)

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

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

CHAPITRE VII - DENTS, GENCIVES (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

CHAPITRE VIII - PROTHÈSE RESTAURATRICE MAXILLO-FACIALE (abrogé par décision UNCAM du 15/10/13)

DIRECTIVES NATIONALES D'ASSIMILATIONS DENTAIRES (AP = accord préalable) (abrogées par décision UNCAM du 15/10/13)

TITRE IV - ACTES PORTANT SUR LE COU

CHAPITRE II - LARYNX

Article 2 - Rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage

(modifiée par décision UNCAM du 14/11/06, du 13/12/07, du 02/10/12 et du 16/07/14 pour les orthophonistes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.</p> <p>Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :</p> <p>1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire : À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable;</p> <p>2. Bilan orthophonique d'investigation : À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature. L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.</p> <p>À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur. Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande.</p> <p>Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles</p>			
1) Bilan avec compte rendu écrit obligatoire			
Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-faciales	16	AMO	
Bilan de la phonation	24	AMO	
Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	24	AMO	
Bilan de la communication et du langage écrit	24	AMO	
Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique	24	AMO	

Bilan des troubles d'origine neurologique	30	AMO	
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	30	AMO	
Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux (inclus surdité, paralysies cérébrales, troubles envahissants du développement, maladies génétiques)	30	AMO	
En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %.			
<p>2) Rééducation individuelle (accord préalable)</p> <p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum. Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	5,1	AMO	AP
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, par séance	8	AMO	AP
Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance	8	AMO	AP
Rééducation de la déglutition atypique, par séance	8	AMO	AP
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	8	AMO	AP
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	11,4	AMO	AP
Rééducation des dyskinésies laryngées, par séance	11,3	AMO	AP
Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance	11	AMO	AP
Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	11	AMO	AP
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance	10,3	AMO	AP
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	11,2	AMO	AP
Éducation à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme, par séance	11,1	AMO	AP
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit, par séance	10,1	AMO	AP
Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	10,2	AMO	AP
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture, par séance	10	AMO	AP
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance	12,1	AMO	AP
Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence, par séance	12,2	AMO	AP
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO	AP
<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique</p>			

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

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

TITRE VII - ACTES PORTANT SUR LE THORAX

CHAPITRE III - PLÈVRE - POUMONS

Article 3 - Actes de chirurgie

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique)	4	K

TITRE VIII. - ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN

CHAPITRE II - PAROI ABDOMINALE, GRANDE CAVITÉ PÉRITONÉALE

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction de l'abdomen	10	K

CHAPITRE III. - ESTOMAC ET INTESTIN

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux	10	K
Lavage d'estomac	10	K
Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodéal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours)	15	K
Aspiration continue et rééquilibration hydro-électrolytique concomitante pour occlusion intestinale suivie ou non d'intervention, par jour. Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par la cotation globale de cette intervention.	10	K

CHAPITRE IV - FOIE, VOIES BILIAIRES, PANCRÉAS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate pour examen	10	K

TITRE XI - ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

CHAPITRE I. - EN DEHORS DE LA GESTATION (modifié par décision UNCAM du 02/10/12)

Article premier - Interventions par voie basse

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Gynécologie médicale :		
Prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre	3	K

Article 2 - Suivi gynécologique réalisé par la sage-femme» (créé par décision UNCAM du 02/10/12 et modifié par décision UNCAM du 14/02/13 et du 18/04/14)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement cervicovaginal <i>Prélèvement cervicovaginal pour frottis cytologique</i>	4,1	SF
Pose d'un dispositif intra-utérin	13,7	SF
Changement d'un dispositif intra-utérin L'ablation seule d'un dispositif intra-utérin, par voie vaginale n'est pas facturable	13,7	SF
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	22,4	SF
Pose d'implant pharmacologique souscutané : <i>Pose d'implant contraceptif souscutané</i>	6	SF
Ablation ou changement d'implant pharmacologique souscutané : <i>Ablation d'implant contraceptif souscutané</i>	14,9	SF

CHAPITRE II - ACTES LIÉS À LA GESTATION ET À L'ACCOUCHEMENT (modifié par décision UNCAM du 05/02/08, du 28/09/11, du 02/10/12, du 14/02/13 et du 18/04/14)

Section 1 – Actes réalisés par les médecins.

1° Séances de préparation psychoprophylactique obstétricale :

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

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

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

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

- Première séance : 2,5 C

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

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

2° Accouchements et actes complémentaires

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

- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés au dixième et onzième alinéa du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales ;
- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés aux cinquième, septième, huitième et douzième alinéas du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celle des lettres-clés prévues à l'article 2 des dispositions générales ([modifié par décision UNCAM du 06/12/2005](#)).

Les majorations mentionnées ci-dessus se cumulent avec les modificateurs urgence : **U, P, S et F prévus au chapitre 19 de la CCAM**.

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

3° Actes de néonatalogie en unité d'obstétrique

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

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

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

Section 2 - Actes réalisés par les sages-femmes

Dans le cadre du suivi post-natal une consultation de l'enfant peut-être facturée par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie. Cette consultation s'intègre dans la prise en

charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 du Code de la santé publique.

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

2° Notations propres à la sage-femme :

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

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

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

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

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

Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal et éventuellement une amnioscopie :

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

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

3° Préparation à la naissance et à la parentalité

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

- de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux nés par une approche éducative et préventive ;
- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître;

- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers les professionnels compétents des champs sanitaires et sociaux.

Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

- Première séance

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

Cette séance doit permettre :

- d'identifier les besoins d'information ;
- de définir les compétences parentales à développer ;
- de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance ;
- de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ;
- de donner de l'information sur l'offre de soins de proximité et sur son organisation ;
- d'orienter le cas échéant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- de planifier les séances prénatales (individuelles ou en groupe).

- Séances suivantes

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

Les contenus essentiels à aborder durant les séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés aux besoins et attentes de la femme ou du couple. La préparation à la naissance comprend huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes chacune. Le travail corporel sera évalué individuellement.

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

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

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

4° Accouchements et actes complémentaires

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

- Accouchement simple : 124,8 SF
- Accouchement gémellaire : 151,2 SF

Lorsque l'accouchement est pratiqué par une sage-femme, la cotation comprend tous les actes complémentaires nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitoring, comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre, la délivrance artificielle ou la révision utérine isolée, la périnéorraphie simple ou suture d'épisiotomie présentant un caractère d'urgence exécutée au cours de l'accouchement. Cette cotation est la même quel que soit le mode de présentation du nouveau-né.

- Surveillance d'un accouchement par une sage-femme avec monitoring d'au moins deux heures, comportant notamment la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre : 40 SF

Lorsque la surveillance et l'accouchement sont réalisés par des professionnels différents (soit deux sages femmes différentes, soit une sage-femme et un médecin) la cotation de la surveillance est cumulable avec celle de l'accouchement.

- Surveillance d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée (décret n° 98 - 900 du 09/10/1998), par vingt-quatre heures : 9 SF

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

6° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J2 à J7 (J1 étant le jour de l'accouchement).

Pour un enfant :

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

Pour deux enfants ou plus :

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

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

7° Séances de suivi postnatal

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

situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.

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

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

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

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

TITRE XII - ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

CHAPITRE II - PIED

Article 3 - Actes de pédicurie

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Rééducation d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	4	AMP ou AMK	AP
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	AMP ou AMK	AP
Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	2	AMP ou AMK	AP
Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	3	AMP ou AMK	AP
Pansement petit	0,75	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,25	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	2	AMP	
Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	1,50	AMP	

Traitement pédicural de cas pathologiques du domaine du pédicure (hygromas, onyxis, etc.) non justiciable d'un acte opératoire, suivant prescription médicale, pansement compris :			
- pour la première séance	2	AMP	
- pour les suivantes	1,50	AMP	

Article 4 - Actes de prévention de pédicurie-podologie (modifié par la Décision UNCAM du 04/03/08 et du 21/03/13)

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

Celle-ci s'impose alors au pédicure-podologue.

Deux types de forfaits sont pris en charge :

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

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

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

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

A tout moment, notamment à la vue de la fiche de synthèse, le médecin peut intervenir, en concertation avec le pédicure-podologue, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

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

Chaque séance de soins des forfaits comporte :

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

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

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

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

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

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

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

La facturation, le même jour, pour un même patient, de deux séances de prévention ou d'une séance de prévention et d'un acte du titre XII - chapitre II, article 3 n'est pas autorisée.

TITRE XIII - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

CHAPITRE II - ACTES DE THÉRAPEUTIQUE

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement	10	K	
Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour. Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours.	0,8	CNPSY	
Psychothérapie de groupe (accord préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de 3/4 d'heure			
- moins de 4 ou 5 malades, par malade	3	K	AP
- de 6 ou 8 malades, par malade	2	K	AP
- de 8 ou 9 malades, par malade	1,5	K	AP

TITRE XIV - ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Modifié par décisions UNCAM du 13/12/07, du 16/03/10 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins, du 20/12/11 pour les sages-femmes, du 09/02/12 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins (et les sages-femmes), du 31 mars 2015 pour les masseurs-kinésithérapeutes

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.

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

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

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

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

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

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute, ou la sage femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des 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	Coefficient	Lettre clé
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :		
- pour un membre	5	AMK ou AMC
- pour deux membres ou un membre et le tronc	8	AMK ou AMC
- pour tout le corps	10	AMK ou AMC

<p>Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'essentiel des déformations constatées ; - le degré de liberté de ses articulations avec mesures ; - éventuellement, la dimension des segments des membres, etc. <p>Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.</p>		
<p>Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - pour un membre 	5	AMK ou AMC
<ul style="list-style-type: none"> - pour deux membres 	10	AMK ou AMC
<ul style="list-style-type: none"> - pour tout le corps 	20	AMK ou AMC

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

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

1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

- a. Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.
Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :
 - l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ;
 - l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

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

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

2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

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

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

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

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

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

3. Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
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	AMS, AMK ou AMC
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	AMK ou AMC

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) (modifié par décision UNCAM du 03/04/07 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
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)	7,5 7	AMS K
Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,5 9	AMS K
Rééducation et réadaptation, après amputation y compris l'adaptation à l'appareillage:		
- amputation de tout ou partie d'un membre	7,5	AMS

	7	K
- amputation de tout ou partie de plusieurs membres	9,5 9	AMS K
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)	7,5 7	AMS K
Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis	7,5 7	AMS K

Article 2 - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)		
- atteinte localisée à un membre ou le tronc	7	AMK ou AMC
- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9	AMK ou AMC

Article 3 - Rééducation de la paroi abdominale

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	7	AMK ou AMC
Rééducation abdominale du post-partum	7	AMK ou AMC

Article 4 - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires (modifié par décision UNCAM du 27/04/06 pour les masseurs-kinésithérapeutes et du 04/07/06 pour les médecins)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :		
- atteintes localisées à un membre ou à la face	8	AMK ou AMC
- atteintes intéressant plusieurs membres	10	AMK ou AMC
Rééducation de l'hémiplégie	9	AMK ou AMC
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	11	AMK ou AMC
Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie		

- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8	AMK ou AMC
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	10	AMK ou AMC
Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.		
Rééducation des malades atteints de myopathie	11	AMK ou AMC
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile	11	AMK ou AMC

Article 5 - Rééducation des conséquences des affections respiratoires (modifié par décision UNCAM du 22/05/12)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique). 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	8	AMK ou AMC
Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8	AMK ou AMC
Rééducation respiratoire pré-opératoire ou post-opératoire	8	AMK ou AMC
Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose. Comprenant : <ul style="list-style-type: none"> - la kinésithérapie respiratoire de ventilation et de désencombrement, - la réadaptation à l'effort, - l'apprentissage de l'aérosolthérapie, des méthodes d'autodrainage bronchique, des signes d'alertes respiratoires. La fréquence des séances de kinésithérapie dépend de l'âge et de l'état clinique du patient pouvant aller jusqu'à 2 séances par jour en cas d'encombrement important ou d'exacerbation	10	AMK ou AMC
Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée AMK 10.		

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

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7	AMK ou AMC
Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	7	AMK ou AMC
Rééducation des troubles de la déglutition isolés	7	AMK ou AMC

Article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires (modifié par décision UNCAM du 31 mars 2015)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	7	AMK ou AMC
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	7	AMK ou AMC
Rééducation pour lymphœdèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphœdèmes congénitaux) par drainage manuel:		
- pour un membre ou pour le cou et la face	7	AMK ou AMC
- pour deux membres	9	AMK ou AMC
Rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème	15,5	AMK ou AMC
<p><u>INDICATIONS :</u> phase intensive du traitement du lymphœdème sous réserve de l'existence des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral, - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein, - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages). - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphœdème et à la raideur de l'épaule 		
<p><u>NON-INDICATIONS</u> La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs</p>		
<p><u>CONTRE-INDICATIONS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - les pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées - l'insuffisance cardiaque décompensée - les tumeurs malignes non traitées - l'hyperalgie de l'épaule - la présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous claviculaire - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter 		
<p>La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être</p>		

précédés par un BDK. <i>Source: rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphœdème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein –décembre 2012</i> La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.		
Supplément pour bandage multicouche :		
- un membre	1	AMK ou AMC
- deux membres	2	AMK ou AMC

Article 8 - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes (modifiée par décision UNCAM du 27/04/06 pour les masseurs-kinésithérapeutes, du 04/07/06 pour les médecins et du 20/12/11 pour les sages-femmes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	8 7	AMK ou AMC SF	

Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	8	AMK ou AMC
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	AMK ou AMC
Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.		

Article 10 - Rééducation des patients atteints de brûlures

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.		
Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	7	AMK ou AMC
Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9	AMK ou AMC

Article 11 -Soins palliatifs

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions	12	AMK ou AMC

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	Coefficient	Lettre clé
Kinébalnéothérapie.		
Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément		
- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m)	1,2	AMS, AMK ou AMC
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m)	2,2	AMS, AMK ou AMC

CHAPITRE V : RÉÉDUCTIONS SOUMISES A RÉFÉRENTIEL (modifié par décision UNCAM du 16/03/10, du 02/11/11, du 31/05/13 et du 26/11/13)

- a) Situations médicales ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation ; dans ce cas un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement :
- Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien
- b) Situations médicales nécessitant à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des séances au-delà du traitement habituel défini :

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

dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
---	--	---

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

TITRE XV - ACTES DIVERS

CHAPITRE IV - CURES THERMALES

Article 2 - Honoraires de surveillance médicale (modifié par décision UNCAM du 25/09/13)

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.

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

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

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

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	Honoraires par séance
Douches filiformes : dermatologie et affection des muqueuses buccolinguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses buccolinguales.	2 avec un maximum de 18 séances.
Douches médicales : thérapeutiques des affections psychosomatiques	1,5 avec un maximum de 21 séances
Insufflations de trompe : voies respiratoires	1,5 avec un maximum de 15 séances
Douches pharyngiennes : voies respiratoires	1 avec un maximum de 18 séances

Injection de gaz thermaux : maladies cardioartérielles, rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéoarticulaires.	1,5 avec un maximum de 18 séances
Drainage manuel de stases veineuses dans le bain : phlébologie	1,5 avec un maximum de 12 séances
Méthode déplacement de Proëtz : voies respiratoires	3 avec un maximum de 10 séances
Columnisation du vagin : gynécologie	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	

CHAPITRE V - ACTES UTILISANT LES AGENTS PHYSIQUES (modifié par décision UNCAM du 14/02/13)

Article premier. - Actes de diagnostic (modifié par décision UNCAM du 14/02/13 et du 18/04/14)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
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. Les cotations ci-dessous comprennent l'iconographie. Elles ne sont pas cumulables entre elles.		
Échographies obstétricales :		
Le suivi d'une grossesse normale comprend un examen par trimestre.		
- Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uniembryonnaire au 1 ^{er} trimestre	19,2	KE
- Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multiembryonnaire au 1 ^{er} trimestre	21,2	KE
- Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 2 ^{ème} trimestre <i>Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical</i> <i>À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifœtale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale</i>	33,2	KE
- Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifœtale au 2 ^{ème} trimestre <i>Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical</i> <i>À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifœtale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale</i>	56,2	KE

<p>- Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 3^{ème} trimestre <i>Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical</i> <i>À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifœtale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale</i></p> <p>- Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifœtale au 3^{ème} trimestre <i>Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographie-doppler des vaisseaux du cordon ombilical</i> <i>À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifœtale à partir du 2ème trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale</i></p>	29,5	KE
<p>- Échographie non morphologique de la grossesse avant 11 semaines d'aménorrhée</p> <p>- Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus, par échographie par voie vaginale</p> <p>- Échographie de surveillance de la croissance fœtale</p> <p>- Échographie de surveillance de la croissance fœtale avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus</p>	13,4 12,6 17,4 28,5	KE KE KE KE
<p>Dans le cadre d'une pathologie maternelle ou fœtale identifiée, la sage-femme réalise l'échographie sur prescription d'un médecin et établie un compte-rendu transmis à ce dernier conformément aux articles R.4127-318 et L.4151-3 du code de la santé publique.</p>		
<p>- Échographie d'une grossesse unifœtale à partir du 2^{ème} trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance fœtale <i>La réalisation de cet acte par la sage-femme nécessite la prescription d'un médecin</i></p> <p>- Échographie d'une grossesse multifœtale à partir du 2^{ème} trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux des fœtus, pour souffrance fœtale <i>La réalisation de cet acte par la sage-femme nécessite la prescription d'un médecin</i></p>	34,7 50,5	KE KE
<p>Dans le cadre des activités d'assistance médicale à la procréation, la sage-femme réalise la surveillance échographique de la réponse ovarienne au traitement sur prescription d'un médecin et établie un compte-rendu transmis à ce dernier conformément à l'article D.4151-22 du code de la santé publique.</p>		
<p>- Échographie du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation <i>3 actes d'échographie maximum peuvent être facturés par cycle</i> <i>La réalisation de cet acte par la sage-femme nécessite la prescription d'un médecin</i></p>	14,2	KE

<p>- Échographie-doppler du petit bassin [pelvis] féminin pour surveillance de l'ovulation <i>3 actes d'échographie maximum peuvent être facturés par cycle</i> <i>La réalisation de cet acte par la sage-femme nécessite la prescription d'un médecin</i></p>	15,9	KE
--	------	----

Article 2 - Électrothérapie

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Ces actes sont soumis à la formalité de l'accord 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 mise en place d'électrodes fixes de surface au niveau de la peau	3	AMK, AMC ou AMS	AP
- en application intracavitaire	4	AMK, AMC ou AMS	AP
2° Courants excitomoteurs par électrode mobile ou courants progressifs	5	AMK, AMC ou AMS	AP

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE I - SOINS DE PRATIQUE COURANTE

Article 1er - Prélèvements et injections (modifié par décision UNCAM du 08/10/08)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	AMI ou SFI
Saignée	5	AMI ou SFI
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI
Injection intramusculaire	1	AMI ou SFI
Supplément pour vaccination antigrippale hors-primoinjection dans le cadre de la campagne de vaccination anti-grippale organisée par l'assurance maladie	1	AMI
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée	1	AMI ou SFI
Supplément pour vaccination antigrippale hors-primoinjection dans le cadre de la campagne de vaccination anti-grippale organisée par l'assurance maladie	1	AMI
Injection intradermique	1	AMI ou SFI
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI
Injection d'un implant sous-cutané	2,5	AMI ou SFI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI

Article 2 - Pansements courants

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	2	AMI ou SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	2,25	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Autre pansement	2	AMI ou SFI

Article 3 - Pansements lourds et complexes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse :		
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou SFI
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	4	AMI ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou SFI
Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou SFI

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose de sonde gastrique	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4	AMI ou SFI

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'aérosol	1,5	AMI ou SFI
Lavage d'un sinus	2	AMI ou SFI

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI
Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25	AMI ou SFI
Lavement évacuateur ou médicamenteux	3	AMI ou SFI
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3	AMI ou SFI

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25	AMI ou SFI
Réalisation de test tuberculinique	0,5	AMI ou SFI
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1	AMI ou SFI

Article 9 – Perfusions (supprimé par décision UNCAM du 21/07/14)

Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1	AMI ou SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1	AMI ou SFI	AP
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des logements-foyers non médicalisés.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre 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	AMI ou SFI	

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
I- 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 œuvre 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 :			
- la première démarche de soins infirmiers est cotée	1,5	DI	
- les démarches de soins infirmiers suivantes sont cotées	1	DI	

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 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 œuvre 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 œuvre d'un programme d'aide personnalisée			
Ou			
4. de séances de soins infirmiers puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ;			
5. de la mise en œuvre 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'accord préalable.			
<p>II - Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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.</p>	3	AIS	AP
<p>III- Mise en œuvre 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</p> <p>La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en œuvre 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 œuvre de l'arrêté, à deux mois la deuxième année de sa mise en œuvre, et à quinze jours, renouvelable une fois, à partir de la troisième année de sa mise en œuvre.</p>	3,1	AIS	AP
<p>IV- Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure</p> <p>Cet acte comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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 œuvre d'un programme d'aide personnalisée,</p>	4	AIS	AP

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	Coefficient	Lettre clé	AP
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	AIS	AP
- entre 20 heures et 8 heures	16	AIS	AP
La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde			

CHAPITRE II - SOINS SPÉCIALISÉS (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

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

Article 2 - Injections et prélèvements

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural	5	AMI ou SFI	AP
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4	AMI ou SFI	
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3	AMI ou SFI	
Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1	AMI ou SFI	

Article 3 - Perfusions (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

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

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

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

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

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

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

Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		
Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI
Injections :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI
Perfusions, surveillance et planification des soins : Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin. La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale. Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure. La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement. La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais	4	AMI ou SFI

de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche)		
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue	5	AMI ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose	4,1	AMI ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

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 (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter: 1. le nom des différents produits injectés; 2. leur mode, durée et horaires d'administration; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...).		
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance. Cette cotation est globale; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.	15	AMI ou SFI

Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou SFI
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : <ul style="list-style-type: none"> - 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.	4	AMI ou SFI
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination	4	AMI ou SFI
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	Coefficient	Lettre clé
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale par cycleur :		
- branchement ou débranchement, par séance	4	AMI ou SFI
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI ou SFI

TROISIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX UTILISANT LES RADIATIONS IONISANTES

Modifiée par Décisions UNCAM du 11/03/05 et 18/07/05

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.

TITRE I - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC

Conformément à la décision UNCAM du 11/03/05 les actes du Titre I ne peuvent être facturés que par les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes.

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%.

CHAPITRE II - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LE SQUELETTE

Article 3 – Tête (modifié par décision UNCAM du 20/03/12, du 13/09/12, du 21/03/13 et du 15/10/13)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Crâne, massif facial, sinus :		
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, une incidence	15	Z
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, deux ou trois incidences	18	Z
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, quatre incidences et plus	26	Z
Examen radiographique des os propres du nez, y compris la cloison, incluant l'ensemble des incidences nécessaires	17	Z
Examen radiographique des articulations temporomaxillaires	19	Z
Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique) Facturation : Ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	16	Z
Examen radiographique du crâne: incidences de Schuller (les deux côtés), non cumulable avec la radiographie du crâne	15	Z
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique): Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.		
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.	15	Z

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

CHAPITRE IV - EXAMENS DIVERS (modifié par décision UNCAM du 20/03/12)

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

CHAPITRE V - EXAMENS UTILISANT DES APPAREILLAGES SPÉCIAUX

Article 1er - Radiographie en coupe

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Tomographie, premier plan en coupe	35	Z
Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre	25	Z
Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans	15	Z

CINQUIÈME PARTIE

Modifiée par la décision UNCAM du 09/07/09 et du 18/01/10

NOMENCLATURE DES ACTES D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES EXECUTES EN LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

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 tissus 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 ; 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>		100
------	--	--	-----

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 œsophagiennes 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>		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 ; 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 ;</p>		120

	<p>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 effectuée par voie endoscopique ou endocavitaire (quel que soit le nombre de fragments)</p> <p>Résection vésicale ; Curetage endo-utérin ; Curetage de l'endomètre ;</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>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 ;</p>		220
------	---	--	-----

	<p>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 ;</p> <p>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 (> à 5 biopsies individualisées) ;</p> <p>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. Dans ce sens, ces examens concernent la mère au même titre que des examens de biologie médicale ou anatomopathologiques ayant la même finalité (dosages hormonaux, biopsie de l'endomètre, etc). Dans ces conditions, la cotation de l'examen n° 0008 est applicable aux actes suivants : Examen du placenta complet avec cordon et membranes ; Examen anatomopathologique complet du fœtus.</p>		
0021	<p>Majoration provisoire (créée par décision UNCAM du 06/12/05) Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 "Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales".</p>		50
0022	<p>Majoration provisoire (créée par décision UNCAM du 06/07/07) Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 "Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales malignes ». Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration 0021.</p>		100
0012	<p>Pratique d'examen extemporané sur un ou plusieurs organes et contrôle histopathologique ultérieur, par inclusion et coupe des prélèvements examinés extemporanément.</p>		300

	<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>		
0013	Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents		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>		100
0015	<p>Diagnostic cytopathologique sur ponction ganglionnaire ou tumorale, ponction d'organe.</p> <p>Une seule cotation quelle que soit la technique (étalements et/ou inclusion).</p> <p>Pour les organes pairs, une cotation par côté.</p>		120
0016	Diagnostic cytopathologique de prélèvements effectués par ponction au niveau de plusieurs zones de voisinage nécessitant l'individualisation des prélèvements		130
0017	Examen immunohistochimique sur coupes en paraffine ou en résine (quel que soit le nombre d'anticorps employés)		200
0018	<p>Examen immunohistochimique sur coupes à congélation quel que soit le nombre d'anticorps employés.</p> <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. 		300

0023	<p>Examen immunocytochimique de l'étalement d'un produit de ponction d'un organe ou d'un produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage (quel que soit le nombre d'anticorps employés)</p> <p>Cet examen ne peut être facturé qu'avec les examens 0014 et 0015.</p> <p>Les examens n° 0017, 0018 et 0023 doivent faire l'objet d'un compte rendu spécifique intégré ou non dans le compte rendu de l'examen histologique standard.</p> <p>Le compte rendu d'immunohistochimie ou d'immunocytochimie 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 	200
0024	<p>Test de détection du génome (ADN) des papillomavirus humains oncogènes</p> <p><i>Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques Anaes 2002 (frottis ASC-US)</i></p> <p><i>Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire</i></p> <p><i>Environnement spécifique : à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale</i></p>	135
0025	<p>Examen anatomopathologique par hybridation <i>in situ</i></p> <p><i>Indication : selon les recommandations de bonne pratique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2 +, - détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant, - détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu <p><i>Formation : spécifique</i></p> <p><i>Environnement : spécifique</i></p>	500