

Arrêté ministériel n° 84-688 du 30 novembre 1984 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

Type	Texte réglementaire
Nature	Arrêté ministériel
Date du texte	30 novembre 1984
Publication	<u>Journal de Monaco du 21 décembre 1984</u> ^[1 p.185]
Thématique	Professions et actes médicaux

Lien vers le document : <https://legimonaco.mc/tnc/arrete-ministeriel/1984/11-30-84-688@2023.12.16>

LEGIMONACO

www.legimonaco.mc

Table des matières

Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux	4
PREMIÈRE PARTIE - Dispositions générales	4
<i>Lettres-clés et coefficients</i>	4
<i>Notation d'un acte</i>	6
<i>Remboursement par assimilation</i>	7
<i>Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement</i>	7
<i>Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin</i>	7
<i>Accord préalable</i>	8
<i>Acte global et actes isolés</i>	9
<i>Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours</i>	9
<i>Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours</i>	9
<i>Actes multiples au cours de la même séance</i>	10
<i>Actes en plusieurs temps</i>	11
<i>Actes effectués au domicile du malade</i>	11
<i>Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées</i>	11
<i>Frais de déplacement pour les actes effectués en établissements de santé par les médecins anatomocytopathologistes</i> ..	11
<i>Actes effectués la nuit ou le dimanche</i>	12
<i>Majoration de maintien à domicile</i>	12
<i>Forfait pédiatrique</i>	13
<i>Majorations pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre</i>	14
<i>Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique</i> ..	16
Télésurveillance	16
<i>Contenu de la consultation, de la visite</i>	17
<i>Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires</i>	17
<i>Visite unique pour plusieurs malades</i>	18
<i>Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade</i>	18
<i>Consultations faisant intervenir deux médecins</i>	18
<i>Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale</i>	20
<i>Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés</i>	20
<i>Consultation d'un malade hospitalisé par un médecin appelé de l'extérieur</i>	22
<i>Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation</i>	22
DEUXIÈME PARTIE - Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes	23
Titre Ier - Actes de traitement des lésions traumatiques	23
Titre II - Acte portant sur les tissus en général	27
Titre III - Actes portant sur la tête	43
Titre IV - Actes portant sur le cou	76
Titre V - Acte portant sur le rachis ou la moelle épinière	81
Titre VI - Actes portant sur le membre supérieur	83
Titre VII - Acte portant sur le thorax	86
Titre VIII - Actes portant sur l'abdomen	95
Titre IX - Appareil urinaire	101
Titre X - Actes portant sur l'appareil génital masculin	105
Titre XI - Appareil génital féminin	107
Titre XII - Actes portant sur le membre inférieur	111
Titre XIII - Trouble mentaux	114
Titre XIV - Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles	114
Titre XV - Actes divers	119
Titre XVI - Soins infirmiers	130
TROISIÈME PARTIE - Nomenclature des actes médicaux utilisant des radiations ionisantes	149
Titre Ier - Actes de radiodiagnostic	149

Titre II - Actes de radiothérapie	158
Titre III - Actes utilisant des radio-éléments en sources non scellées	161
QUATRIÈME PARTIE - Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle	163
Titre Ier - Dispositions générales	163
Titre II - Radiologie vasculaire	164
Titre III - Radiologie interventionnelle	169
Titre IV - Cardio-radiologie invasive diagnostique et interventionnelle	174
CINQUIÈME PARTIE - _	180
Nomenclature des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques	180
Notes	185
Notes de la rédaction	185
Notes de la source	185
Liens	185

Vu l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944 portant création d'une caisse de compensation des services sociaux ;
Vu l'ordonnance n° 92 du 7 novembre 1949 modifiant et codifiant les ordonnances d'application de l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, susvisée, modifiée ;
Vu l'ordonnance n° 4.739 du 22 juin 1971 fixant le régime des prestations dues aux salariés, en vertu de l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944, en cas de maladie, accident, maternité, invalidité et décès, modifiée ;

Article 1er

La nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, est fixée par l'annexe au présent arrêté.

Article 2

Les arrêtés ministériels n° 72-247 du 14 septembre 1972 relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux et n° 72-302 du 24 novembre 1972 relatif à la nomenclature des actes médicaux utilisant des radiations ionisantes, ainsi que les arrêtés qui les ont modifiés, sont abrogés.

Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux

PREMIÈRE PARTIE - Dispositions générales

Article 1er

La présente nomenclature comprend les actes professionnels que peuvent avoir à exécuter les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

Elle permet, tout en respectant le secret professionnel, d'indiquer aux caisses sociales, en vue du calcul de leur participation, la valeur des actes techniques effectués.

Lettres-clés et coefficients

Article 2

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985 ; Arrêté ministériel n° 92-340 du 19 mai 1992 ; Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997 ; Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2000-505 du 23 octobre 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2000-603 du 27 décembre 2000 ; par arrêté ministériel n° 2003-217 du 31 mars 2003 ; par l'arrêté ministériel n° 2003-219 du 31 mars 2003 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2011-148 du 14 mars 2011 ; par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2021-489 du 8 juillet 2021 ; par l'arrêté ministériel n° 2022-174 du 8 avril 2022 ; par l'arrêté ministériel n° 2022-472 du 15 septembre 2022 ; modifié à compter du 1er juillet 2023 par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

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

1° Lettre-clé

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

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

C :	consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.
CALD :	Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien par un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur.
CS :	consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

CsC :	consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.
CNPSY :	consultation au cabinet par le médecin neuro -psychiatre 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 omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.
VS :	visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.
VNPSY :	visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.
MCY	Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant
TVA	Forfait mensuel de télésurveillance de niveau 1
TVB	Forfait mensuel de télésurveillance de niveau 2
TC	consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste en cabinet de ville, dit « téléconsultant ».
TGE	consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste en soins externes d'un établissement de santé dit « téléconsultant ».
TCS	consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin spécialiste, autre qu'un neuropsychiatre, un psychiatre ou un neurologue, dit « téléconsultant ».
TCNP	consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin spécialiste en neuropsychiatrie, psychiatrie ou neurologie dit « téléconsultant ».
TCSF	consultation à distance réalisée entre un patient et une sage-femme, dite « téléconsultant »
TE2	acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicitée par un autre professionnel de santé
TLS, TLD	acte infirmier d'accompagnement d'une consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin.
K ou KC :	actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin.
KCC :	actes de chirurgie et de spécialités pratiqués par le médecin spécialiste ^[1] .
KE :	actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler pratiqués par le médecin.
L :	actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste qualifié en anatomie et cytologie pathologiques.
Z :	actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.
ZM :	Actes de mammographie pratiqués par le médecin.

ZN :	actes utilisant des radioéléments en sources non scellées pratiqués par le médecin.
SPM ou SCP :	actes d'orthopédie dento-faciale, actes pour obturations dentaires définitives et traitement des parodontoses et actes de prothèse dentaire respectivement pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.
DIMP :	actes de prothèse dentaire réalisée sur implant.
D ou DC :	actes autres que d'orthopédie, dento-faciale, d'obturations dentaires définitives, de traitement des parodontoses et de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste. La lettre-clé DC est utilisée par le chirurgien-dentiste pour les actes affectés à la lettre KC à la deuxième partie de la nomenclature.
SF :	actes pratiqués par la sage-femme.
SFI :	soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.
AMS :	Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectués par le masseur-kinésithérapeute.
AMK :	actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.
AMC :	actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autres que ceux qui donnent lieu à application de la lettre-clé AMK.
AMI :	actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre AIS.
AIS :	actes infirmiers de soins. La lettre AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades.
PAI :	soins infirmiers en pratique avancée
AMP :	actes pratiqués par le pédicure.
AMO :	actes pratiqués par l'orthophoniste.
AMY :	actes pratiqués par l'aide-orthoptiste.
CGSF :	examen médical de suivi de grossesse réalisé par la sage-femme.
SP :	Séance de suivi ou d'entretien postnatal réalisé par la sage-femme
POD :	actes de prévention pratiqué par le pédicure-podologue.

2° Coefficient

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

Notation d'un acte

Article 3

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985

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

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

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

Remboursement par assimilation

Article 4

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

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 trois semaines doit être considérée comme un refus tacite de la demande d'assimilation.

2° Lorsqu'un acte ne figure pas à la nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, son remboursement pourra, le cas échéant, être autorisé par application d'une cotation provisoire déterminée par arrêté ministériel, pour une période d'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 de la demande d'assimilation^[2].

Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

Article 5

Arrêté ministériel n° 90-525 du 12 octobre 1990

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses sociales, 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 docteur en médecine ;
- 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.

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

Article 6

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 6-1 - Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste (RNO)

Créé par l'arrêté ministériel n° 2018-1061 du 8 novembre 2018

Le bilan visuel s'adresse à des patients âgés de 6 ans à la veille incluse des 51 ans. La population cible et les conditions de réalisation de ce bilan visuel sont conformes aux protocoles de coopération validés par la HAS « Réalisation d'un bilan

visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans » et « Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans ».

Ce protocole s'adresse à des ophtalmologues et à des orthoptistes salariés ou libéraux exerçant dans un même lieu d'exercice et unique.

Le patient est connu de l'ophtalmologue (ou un de ses associés). L'accord du patient ou de son représentant est nécessaire pour la réalisation du bilan par l'orthoptiste en l'absence de l'ophtalmologue. Le bilan réalisé par l'orthoptiste inclut au moins l'interrogatoire, la détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction, la recherche de déséquilibre oculomoteur, la mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air (au-delà de 16 ans), la prise de rétinographie.

Sont exclus les patients :

- présentant des signes d'affection aiguë de l'œil ;
- dont la dernière consultation avec l'ophtalmologue ou un de ses associés remonte à plus de cinq ans ;
- porteurs d'une pathologie chronique connue et suivie ;
- dont les traitements ou pathologies générales nécessitent un suivi ophtalmologique régulier ;
- adressés par un autre médecin. L'orthoptiste oriente le patient vers l'ophtalmologue si son état le nécessite. L'acte ne peut être facturé qu'une seule fois par patient à l'issue de sa complète réalisation soit par l'ophtalmologue soit par l'orthoptiste. Pendant la période allant du bilan visuel réalisé par l'orthoptiste à la lecture du bilan par l'ophtalmologue (délai maximum de huit jours pour la lecture du bilan et la facturation), n'est pas autorisée la facturation :
- d'un bilan orthoptique, d'une mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, d'une exploration du sens chromatique, d'une rétinographie par un orthoptiste ;
- des actes CCAM suivants : BGQP007, BGQP009, BGQP140, BLQP010, BJQP002 ;
- d'une consultation par l'ophtalmologue, sauf situation d'urgence.

L'acte n'est facturable avec aucune majoration listée dans la NGAP et listée dans la convention nationale des médecins et doit être réalisé à tarif opposable

Accord préalable

Intitulé modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Article 7

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Les caisses sociales ne participent aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elles ont préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions réglementaires 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 ou 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 établis par les caisses sociales.

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 doit être adressée au malade, ou au praticien le cas échéant, au plus tard le quinzième jour à compter de la date de réception de la demande par le contrôle médical.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par les caisses sociales, le silence gardé pendant plus de quinze jours 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 sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.

Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

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

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

D. - Lorsque la demande d'accord préalable porte sur la réalisation d'appareils de prothèse dentaire ou sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de trois semaines, par exception à la règle générale prévue au paragraphe C, vaut rejet de la demande et permet à l'assuré d'engager la procédure prévue par les articles 44 et suivants de l'ordonnance souveraine n° 4.739 du 22 juin 1971 relatifs aux contestations « d'ordre médical. »

Acte global et actes isolés

Article 8

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 préopératoires ;
- De l'aide opératoire éventuelle ;
- En cas d'hospitalisation, des soins postopératoires pendant la période de vingt jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le vingtième jour, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires ;
- En cas d'intervention sans hospitalisation, des soins postopératoires pendant une période de dix jours. Cependant, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance postopératoire 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. - Actes isolés. - 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. art. 15).

2° Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance (cf. art. 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.

Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours

Article 9

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 ou dix jours selon qu'il y a ou non hospitalisation.

Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours

Article 10

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.

Actes multiples au cours de la même séance

Intitulé remplacé par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Article 11

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985 ; Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997 ; Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998 ; Arrêté ministériel n° 2000-505 du 23 octobre 2000 ; Arrêté ministériel n° 2000-603 du 27 décembre 2000 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-327 du 8 juillet 2013 ; par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015 ; par l'arrêté ministériel n° 2019-609 du 18 juillet 2019 ; par l'arrêté ministériel n° 2022-174 du 8 avril 2022 ; par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

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

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exceptions prévues ci-dessous. 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 :

- a) 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 ;
- b) le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervicovaginal (code CCAM JKHD001) avec ceux de la consultation.

Dans ce cas, l'acte de consultation et l'acte technique sont tarifés à taux plein. Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans, dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-vaginaux annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans.

B. - Actes en K, KC, KCC, KE, D, DC, SF, SFI, AMI, AIS, AMP, AMO, AMY effectués au cours d'une 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^[3].

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

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

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

- a) Aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
- b) À l'électrodiagnostic de stimulation et à l'électromyogramme figurant au titre III, chapitre Ier, article 1er ;
- c) En odonto-stomatologie, lorsqu'un acte isolé distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global.
- d) Aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- e) Aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS et TLD ;
- f) Aux actes infirmiers de vaccination réalisés à domicile.

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 deux actes (acte d'échographie et consultation) est facturé à taux plein.

Actes en plusieurs temps

Article 12

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

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

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

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

Actes effectués au domicile du malade

Article 13

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985

Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du praticien sont forfaitaires et représentés :

- a) pour les médecins (omnipraticiens ou spécialistes qualifiés), chirurgiens-dentistes (omnipraticiens ou spécialistes qualifiés), sages-femmes, l'indemnité forfaitaire de déplacement est représentée par la différence entre les valeurs des lettres-clés V et C. S'il s'agit d'actes en K, KC, D, DC ou SF, cette différence s'ajoute à la valeur propre de l'acte ;
- b) pour les auxiliaires médicaux (et les sages-femmes lorsqu'elles donnent des soins infirmiers), la valeur de l'indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées

Article 13-1

Arrêté ministériel n° 94-516 du 29 novembre 1994

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.

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

Article 13-2

Arrêté ministériel n° 2000-505 du 23 octobre 2000

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.

Actes effectués la nuit ou le dimanche

Article 14

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998 ; Arrêté ministériel n° 2000-603 du 27 décembre 2000.

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.

Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes

1° Visites du dimanche, des 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 celle des actes en KC, KCC, KE, Z, D, DC et SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

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

2° Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15 :

Actes de nuit :

- Pour les actes en KC, KCC, Z, D, DC et SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser quinze fois la valeur de la lettre-clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration prévue au 1° ci-dessus. Actes du dimanche et jours fériés légaux :
- Pour les actes en KC, KCC, Z, D, DC et SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5 % du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser huit fois la valeur de la lettre-clé, ni être inférieure à la valeur de la majoration prévue au 1° ci-dessus.

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.

Majoration de maintien à domicile

Article 14-2 - Majoration de déplacement

Arrêté ministériel n° 2000-454 du 25 septembre 2000 ; Arrêté ministériel n° 2002-414 du 8 juillet 2002 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2003-217 du 31 mars 2003 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2007-245 du 11 mai 2007 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

Lorsque le médecin généraliste ou le gériatre se déplace au domicile d'une personne la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires, à la majoration de déplacement MD dès lors que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet.

La MD est facturable par tous les médecins, toutes spécialités confondues, dans le cas particulier suivant : déplacement pour pratiquer des soins aux personnes en situation de handicap dans le cadre de dispositifs de consultations dédiés dans les structures de soins spécialisées.

Dans tous les cas le médecin communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

Dans les cas particuliers ci-dessous les règles de facturation de la MD sont les suivantes :

1. Lorsque le médecin effectue la visite la nuit, le dimanche et les jours fériés, la visite donne lieu, en sus de l'honoraire, 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 ;

2. La facturation de la MD peut se cumuler avec la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM ;

3. La majoration de déplacement ne se cumule pas avec la majoration mentionnée à l'article 14 ;

4. Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin généraliste ou le gériatre intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées tel que mentionné à l'article 13-1 pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.

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

Arrêté ministériel n° 2001-500 du 10 septembre 2001 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2003-217 du 31 mars 2003

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

Les actes concernés par cette majoration sont les suivants : Dans la première partie (nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes) ;

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

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

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

- les libellés relatifs à la confection d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation, mentionnés au chapitre IV (Articulations) ; Au titre III (Actes portant sur la tête) :
- l'hémostase nasale pour épistaxis, mentionnée à l'article 1er (Nez) du chapitre IV (Face) ;

Au titre XV (Actes divers) :

- le traitement de premier recours, mentionné au chapitre 1er (Actes d'urgence).

Forfait pédiatrique

Article 14-4

Créé par l'arrêté ministériel n° 2003-217 du 31 mars 2003 ; abrogé par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012.

Article 14-4-1

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012

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

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

Majorations 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

Article 14-4-2

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012

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 médico-social, 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 codée 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 justifiant l'exonération 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 codée MAP : Majoration Consultation Annuelle Famille.

Les valeurs des majorations MPF et MAP sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettre-clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.4.3 - Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant

Créé par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

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

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

Cette consultation est facturée MCY, ou TCNP2, s'il s'agit d'une téléconsultation. Elle prend la valeur de 2 CNPSY.

Article 14.4.4 - Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique

Créé par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

La prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique comporte un acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour.

Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours.

Cette prise en charge est facturée CNPSY 0,8.

Article 14.5.1

Créé par l'arrêté ministériel n° 2022-174 du 8 avril 2022 tel que modifié par l'Erratum publié au Journal de Monaco du 29 avril 2022 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-472 du 15 septembre 2022

La téléconsultation est une consultation à distance réalisée, dans les situations et les conditions prévues aux articles 6 et 7 de l'Ordonnance Souveraine n° 9.190 du 8 avril 2022 relative à la télé médecine, entre un médecin quelle que soit sa spécialité médicale ou une sage-femme dit « téléconsultant », et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé.

L'opportunité du recours à la téléconsultation, le cas échéant à la demande du patient, est appréciée au cas par cas par un ou plusieurs professionnels de santé ayant pleine connaissance de son dossier médical et à condition que son état de santé soit compatible avec ce mode d'examen, sous réserve de l'accord de ce patient après qu'il a été informé des conditions de réalisation de ladite téléconsultation.

Toute téléconsultation est réalisée à l'aide d'un moyen de vidéotransmission, dans les conditions fixées par l'article 4 de ladite ordonnance.

La téléconsultation comporte un entretien avec le patient et éventuellement un examen clinique si le patient est accompagné d'un professionnel de santé ou si l'équipement disponible le permet, ainsi que l'examen de documents transmis par le patient ou par son représentant. Elle peut être conclue par une prescription télétransmise au patient par un moyen sécurisé.

Les informations, mentionnées à l'article 5 de ladite Ordonnance, concernant la téléconsultation réalisée sont inscrites dans le dossier médical du patient du téléconsultant et une copie est transmise, le cas échéant, au professionnel médical ayant sollicité l'acte.

La téléconsultation est facturable, selon la qualification du téléconsultant et son secteur d'activité, avec les codes TC, TGE, TCS, TCNP ou TCSF.

Le professionnel médical qui assiste, le cas échéant, le patient, au moment de la réalisation de la téléconsultation, peut facturer une consultation.

Ces actes ouvrent droit aux mêmes majorations applicables à une consultation.

Article 14.5.2

Créé par l'arrêté ministériel n° 2022-174 du 8 avril 2022 tel que modifié par l'Erratum publié au Journal de Monaco du 29 avril 2022 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-472 du 15 septembre 2022

Une téléexpertise est une expertise sollicitée par un professionnel médical dit « professionnel médical requérant » et donnée par un médecin ou une sage-femme dit « professionnel médical requis », en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans les conditions fixées par l'article 4 de l'Ordonnance Souveraine n° 9.190 du 8 avril 2022 relative à la télé médecine.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel médical requérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation du professionnel médical requis.

Le professionnel médical requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au professionnel médical requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

La téléexpertise doit être réalisée avec l'accord du patient ou de son représentant légal conformément à la législation en vigueur.

Outre l'appréciation du contexte clinique indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par le professionnel médical requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel médical requérant.

Les informations, mentionnées à l'article 5 de l'Ordonnance Souveraine n° 9.190 du 8 avril 2022 relative à la télé médecine, concernant la téléexpertise réalisée sont inscrites dans le dossier médical du patient tenu par chaque professionnel médical intervenant.

Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de :

- 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient ;

- 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient.

Cet acte est facturé à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration.

Article 14.5.3

Créé par l'arrêté ministériel n° 2022-174 du 8 avril 2022 tel que modifié par l'Erratum publié au Journal de Monaco du 29 avril 2022 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-472 du 15 septembre 2022

L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin ou la sage-femme dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Selon la situation, deux codes prestation sont prévus pour l'accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un « téléconsultant »

- lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS ; dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à la lettre d) du chiffre 4 du paragraphe B de l'article 11 de la présente partie ;
- lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD ; dans ce cas, l'indemnité forfaitaire de déplacement s'applique.

La téléconsultation est réalisée par vidéotransmission dans les conditions fixées par l'article 4 de l'Ordonnance Souveraine n° 9.190 du 8 avril 2022 relative à la télémédecine.

Par dérogation à l'article 5 de la présente partie, l'acte d'accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n'a pas à faire l'objet d'une prescription médicale.

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

Article 14-5

Créé par l'arrêté ministériel n° 2003-301 du 26 mai 2003, modifié par l'arrêté ministériel n° 2003-414 du 31 juillet 2003

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

Lorsque, au cours de la même séance, le médecin de montagne effectue un examen radiologique et la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique, telle que mentionnée au chapitre IV (Lésions diverses) du titre 1er (Actes de traitement des lésions traumatiques) de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels, la cotation des actes donne lieu à application d'une majoration, fixée à K 6, qui s'ajoute à la cotation des actes, sans application de l'article 11-B. Cette majoration ne fait pas obstacle à la cotation éventuelle d'un électrocardiogramme et peut se cumuler avec les majorations des actes effectués la nuit ou le dimanche.

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

Télésurveillance

Article 14.6 - Forfait pour opérateur de télésurveillance

Créé à compter du 1er juillet 2023 par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

La télésurveillance est une activité de surveillance médicale associée à l'utilisation d'un dispositif médical numérique qui a pour fonction principale de transmettre les données et les alertes numériques à un opérateur de télésurveillance.

La mise en place d'une télésurveillance doit être parfaitement conforme aux normes et à la réglementation en la matière ainsi qu'aux référentiels éventuellement mis en œuvre pour les pathologies concernées.

Les normes et la réglementation qui s'appliquent sont celles en vigueur sur le territoire français.

Dans ce cadre, le médecin peut facturer ses activités d'opérateur de télésurveillance, pour chaque patient suivi, sur la base d'un forfait mensuel de niveau 1 ou 2.

Ces forfaits sont facturés à tarifs opposables, fixés par arrêtés ministériels, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration.

Contenu de la consultation, de la visite

Article 15 - Contenu de la consultation, de la visite.

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

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

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

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

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

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

- un temps de rencontre planifié avec le médecin, en préparation de la prise en charge médicale ultérieure qui est réalisé au futur lieu habituel de consultation, dans un but d'accoutumance à l'environnement lié aux soins (personnel médical, lieu et équipements matériels) ;

- lorsque la consultation débutée ne peut être menée à son terme du fait d'une manifestation aiguë du handicap du patient et doit être différée.

Elle est valorisée comme une consultation de référence.

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

Article 15-1

Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997

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

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

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

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

Article 15-2

Créé par l'arrêté ministériel n° 2003-217 du 31 mars 2003 ; abrogé par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012.

Article 15-2-1 - 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

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012

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, cotée 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.

Article 15-2-2 - Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012

Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome, caractérisés par les éléments suivants :

- antécédent personnel ou familial de mélanome ;
- phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs) ;
- nombre élevé de naevus, de naevus de grande taille, de naevus atypiques ;
- antécédents ou mode de vie avec expositions solaires intenses.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir les antécédents personnel et familiaux, les habitudes d'exposition solaires ;
- réaliser un examen cutané du corps entier ; - réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte ;
- informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non-exposition solaire et d'auto-surveillance cutanée ;
- synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant.

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

Visite unique pour plusieurs malades

Article 16

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.

Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade

Article 17

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

Consultations faisant intervenir deux médecins

Article 18 - Consultation entre deux médecins généralistes et avis ponctuel de consultant

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2007-245 du 11 mai 2007 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2012-388 du 28 juin 2012 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014 ; par l'arrêté ministériel n° 2017-621 du 3 août 2017

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

Principes Généraux

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

Le praticien traitant est celui qui sollicite explicitement l'avis du consultant dans le cadre de la prise en charge de son patient.

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

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les quatre mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les quatre 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 ;
- du prélèvement cervico-vaginal (JKHD001). Ce prélèvement n'est pris en charge qu'une fois tous les trois 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 ;
- des actes de biopsie suivants :
 - * QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - * QZHA005 : Biopsie des tissus sous-cutanés susfasciaux, par abord direct
 - * BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - * CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - * CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - * GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - * HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - * QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - * JHHA001 : Biopsie du pénis
 - * JMHA001 : Biopsie de la vulve

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

Dérogations

a) 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. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré-anesthésique.

b) Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic.

Dans ce cas, la première consultation est cotée 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.

c) 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.

Dans les deux cas visés au a) et b) ci-dessus, 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.

Champ d'application et honoraires

a) Médecins spécialistes :

L'avis ponctuel de consultant est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

b) Honoraires :

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

- 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.

c) 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.

d) C2 des anesthésistes :

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, la consultation préanesthésique 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.

e) C3 des professeurs des universités-praticiens hospitaliers :

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

Article 18-1

Créé par l'arrêté ministériel n° 2009-537 du 22 octobre 2009

Par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, la consultation pré-anesthésique 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.

Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

Article 19

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

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

- K 10 pour les actes dont le coefficient est compris entre KC ou KCC 50 et KC ou KCC 79 inclus ;
- K 15 pour les interventions à partir de KC ou KCC 80.

À cet honoraire s'ajoute éventuellement une indemnité de déplacement établie dans les conditions visées à l'article 13.

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.

Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés

Article 20

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

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

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

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

a) Clinique médicale

Par jour et par malade examiné :

C × 0,80 du premier au vingtième jour ;

$C \times 0,40$ du vingt et unième au soixantième jour ;

$C \times 0,20$ 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

b remplacé par l'arrêté ministériel n° 2007-656 du 17 décembre 2007

1° Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15 ou dont la valeur de référence pour déterminer les tarifs d'autorité est égale ou supérieure à 31,35 euros, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les quinze jours suivant l'intervention.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de quinze jours, l'honoraire de surveillance est fixé à : $C \times 0,20$ par jour et par malade examiné.

2° Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15 ou dont la valeur de référence pour déterminer les tarifs d'autorité est inférieure à 31,35 euros, l'honoraire est fixé à : $C \times 0,20$ 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 premier au quinzième jour :
 - $C \times 0,80$ si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;
 - $C \times 0,40$ par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux.
- Au-delà du quinzième jour : $C \times 0,20$.

c) Clinique obstétricale

c remplacé par l'arrêté ministériel n° 2003-414 du 31 juillet 2003 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2007-656 du 17 décembre 2007

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

Du premier au quinzième jour :

$C \times 0,80$ si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;

$C \times 0,40$ pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.

Au-delà du quinzième jour : $C \times 0,20$.

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

Du huitième au quinzième jour :

$C \times 0,80$ si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;

$C \times 0,40$ pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes.

Au-delà du quinzième jour : $C \times 0,20$.

d) Maisons de santé pour maladies mentales

Par jour et par malade examiné, l'honoraire de surveillance médicale est de $C \times 1$ 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 trente malades, étant entendu qu'un même spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de trente 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

$C \times 0,80$ 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.

Consultation d'un malade hospitalisé par un médecin appelé de l'extérieur

Article 21

Annulé.

Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation

Article 22

Arrêté ministériel n° 94-395 du 4 octobre 1994 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2003-414 du 31 juillet 2003 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2009-537 du 22 octobre 2009

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 C.C.A.M. 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 l'arrêté ministériel n° 2013-279 du 10 juin 2013

Article 23-1

Créé par l'arrêté ministériel n° 2013-279 du 10 juin 2013 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2015-175 du 19 mars 2015 ; remplacé à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019

Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique

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

Cette majoration peut se cumuler avec la majoration pour jeune enfant définie à l'article 23-3 des Dispositions générales.

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale de la 2ème partie, Titre XVI « Soins infirmiers », Chapitre 1er, article 1er, 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

Créé par l'arrêté ministériel n° 2013-279 du 10 juin 2013

Majoration de coordination infirmière.

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre 1er, article 3, ou chapitre II, article 5 bis ;

ou

- des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs ;

ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmière (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.

Article 23-3

Créé à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019

Majoration pour jeune enfant

Lorsque l'infirmier(ère) réalise un acte auprès d'un enfant de moins de sept ans, cet acte peut donner lieu à une majoration (MIE) jusqu'à la veille de son 7ème anniversaire.

Cette majoration peut se cumuler avec les autres majorations applicables à l'acte réalisé.

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

Article 23-4

Créé par l'arrêté ministériel n° 2021-489 du 8 juillet 2021

Majoration pour réalisation d'un soin infirmier en pratique avancée liée à l'âge du patient.

Lorsque l'infirmier(ère) réalise un suivi en pratique avancée, dont les interventions sont inscrites au Chapitre III, intitulé « Soins de pratique avancée », du Titre XVI, intitulé « Soins infirmiers », de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, cette prise en charge donne lieu à une majoration liée à l'âge du patient (MIP), lorsque le patient suivi est âgé de moins de 7 ans ou de 80 ans et plus.

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

Article 25

Créé par l'arrêté ministériel n° 2004-243 du 7 mai 2004 ; abrogé par l'arrêté ministériel n° 2009-537 du 22 octobre 2009.

DEUXIÈME PARTIE - Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

TITRE Ier. - Actes de traitement des lésions traumatiques

TITRE II. - Tissus

TITRE III. - Tête

TITRE IV. - Cou

TITRE V. - Rachis. Moelle épinière

TITRE VI. - Membre supérieur

TITRE VII. - Thorax

TITRE VIII. - Abdomen

TITRE IX. - Appareil urinaire

TITRE X. - Appareil génital masculin

TITRE XI. - Appareil génital féminin

TITRE XII. - Membre inférieur

TITRE XIII. - Troubles mentaux

TITRE XIV. - Rééducation et réadaptation fonctionnelles

TITRE XV. - Divers

TITRE XVI. - Soins infirmiers.

Titre Ier - Actes de traitement des lésions traumatiques

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998 ; Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Chapitre Ier - Fractures

Les cotations comprennent la réalisation de l'immobilisation ou de l'appareillage postopératoire éventuel.

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

Article 1er - *Traitement orthopédique y compris l'immobilisation d'une fracture fermée simple ne nécessitant pas de réduction*

Main, poignet, avant-bras, clavicule, pied, cou de pied	10 KC
---	-------

Coude, bras, épaule, genou, jambe	20 KC
Rachis, hanche, cuisse	30 KC

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

1. Membre supérieur

Main, styloïdes radiale ou cubitale	20 KC
Un os de l'avant-bras : extrémité intérieure (avec ou sans fracture associée de l'autre styloïde) diaphyse ou extrémité supérieure	40 KC
Fracture des deux os de l'avant-bras, ou fracture de l'un et luxation de l'autre	60 KC
Humérus	40 KC
Clavicule	20 KC

2. Membre inférieur

Avant-pied, tarse antérieur	20 KC
Astragale-calcaneum	30 KC
Une malléole	20 KC
Deux malléoles	50 KC
Jambe	50 KC
Fémur	80 KC 30

3. Cou - Tronc

Rachis	50 KC
Fractures articulaires de la hanche	40 KC
Fractures à grand déplacement du cotyle ou du bassin avec réduction sous anesthésie générale	50 KC
Autres fractures du bassin	20 KC

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

1. Membre supérieur

Une phalange ou un métacarpien	30 KC		
Deux phalanges ou deux métacarpiens	40 KCC		
Trois phalanges ou trois métacarpiens	50 KCC		
Scaphoïde-radius	60 KCC		
Autres os du carpe - cubitus	50 KCC		

Lésion traumatique des deux os de l'avant-bras	100 KCC	30
Humérus :		
Fracture parcellaire extra-articulaire	40 KCC	
Diaphyse, extrémité supérieure ou supracondylienne	80 KCC	30
Fracture articulaire de l'extrémité supérieure ou inférieure :		
Unifragmentaire	100 KCC	35
Multifragmentaire	120 KCC	35
Clavicule :		
Avec plaque	40 KCC	
Autres techniques	20 KCC	
Omoplate	50 KCC	

2. Membre inférieur

Phalange	10 KCC	
Avant-pied, tarse antérieur, une malléole	50 KCC	
Astragale, calcanéum, fracture bimalléolaire, tibia ou tibia et péroné	80 KCC	35
Fracture articulaire de l'extrémité supérieure ou inférieure du tibia :		
Unifragmentaire	80 KCC	35
Multifragmentaire	100 KCC	35
Rotule	50 KCC	
Fémur :		
Fracture parcellaire extra-articulaire	80 KCC	60
Diaphyse	120 KCC	60
Fracture de l'extrémité supérieure uni ou multifragmentaire	150 KCC	60
Fracture de l'extrémité inférieure :		
Unifragmentaire	150 KCC	60
Multifragmentaire	180 KCC	60
Bassin :		
Fractures parcellaires	40 KCC	
Fractures du rebord cotyloïdien	120 KCC	50
Fractures transcotyloïdiennes :		

Un pilier	150 KCC	60
Deux piliers avec deux voies d'abord différentes	220 KCC	95

Article 4 - Traitement sanglant d'une fracture ouverte récente

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

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

« KCC : voir article 3 avec 50 % de supplément quelle que soit la fracture ».

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

(Voir titre II, chapitre IV)

Chapitre II - Luxations

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

Article 1er - Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante

Main, poignet, coude, épaule, pied, cou-de-pied, genou, disjonction sacro-iliaque ou pubienne	15	KCC
Hanche	40	KCC
Rachis	60	KCC

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

Doigts autres que le pouce	30	KCC	
Orteils	15	KCC	
Pouce, clavicule	60	KCC	
Carpe, poignet, cou-de-pied	60	KCC	30
Coude, épaule, rotule, genou	80	KCC	30
Hanche	100	KCC	40
Bassin (disjonction pubienne)	80	KCC	50

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

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

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

Épaule	100	KCC	40
Rotule	80	KCC	30
Autres articulations	60	KCC	

Article 5 - Lésion associant la luxation et la fracture d'une épiphyse, KKC en cas de traitement par voie sanglante

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

Article 6 - Luxation ouverte

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

Chapitre III - Plaies récentes ou anciennes

Chapitre modifié par l'arrêté ministériel n° 2007-656 du 17 décembre 2007

Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles	5 KC
Régularisation. épluchage et suture éventuelle d'une plaie des parties molles, profonde et étendue, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse	20 KC
Le traitement d'une plaie vaste ou complexe des membres ou des parois thoraco-abdominales entraînant des ligatures de gros vaisseaux, des sutures tendineuses et des sutures nerveuses des troncs principaux, est coté de la façon suivante :	
Pour la régularisation, épluchage et suture éventuelle des plans superficiels	40 KCC
Pour les actes chirurgicaux nécessités par le traitement des lésions des viscères, des artères ou des nerfs, voir les chapitres appropriés.	
Évacuation chirurgicale et drainage des épanchements séro-hématiques des membres avec décollement cutané étendu	40 KCC
Nettoyage ou pansement d'une brûlure :	
Surface au-dessus de 10 cm ²	9
Surface inférieure à 10 % de la surface du corps.....	16
Ces chiffres sont à majorer de 50 % s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des « mains ».	
Extraction de corps étrangers profonds des parties molles	20 KC

Chapitre IV - Lésions diverses

Chapitre créé par l'arrêté ministériel n° 2003-301 du 26 mai 2003

Prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique.....	10,55
--	-------

Titre II - Acte portant sur les tissus en général

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

(Les cotations comprennent le pansement, l'immobilisation ou l'appareillage postopératoire éventuel)

Chapitre Ier - Peau et tissu cellulaire sous-cutané

Arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999 ; Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Injection sous cutanée, intradermique.....	1	
Traitement par acupuncture comportant l'ensemble des recherches diagnostiques et la thérapeutique par application d'aiguilles et/ou de tout autre procédé de stimulation des points d'acupuncture :		
Par séance :		
Pour les trois premières.....	6	
Pour les suivantes, dans un délai de six mois à compter du début du traitement et quelle que soit l'affection traitée	5	
Traitement d'hyposensibilisation spécifique comportant injection d'un ou plusieurs allergènes par séries d'un maximum de 20 séances éventuellement renouvelables, par séance	3	
Désensibilisation par scarification dans les allergies polliniques.....	4	
Inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en scarification ou par tests épicutanés, avec compte rendu (maximum 3 séances)	10	
Inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en injections intradermiques, avec compte rendu (maximum 3 séances).....	15	
L'emploi dans une même séance des deux méthodes de tests ci-dessus ne peut donner lieu au cumul de leur cotation.		
Inclusion ou implant de pastilles d'hormones amniotiques ou placentaires sous la peau.....	5	
Les mêmes implants sous une muqueuse.....	20	
Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique.....	5	
Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique.....	7	
Si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains.....	10	
Suture secondaire d'une plaie après avivement.....	10 KC	

Greffe dermo-épidermique sur une surface de :		
Au-dessous de 10 cm ²	15 KC	
De 10 cm ² à 50 cm ²	30 KCC	
De 50 cm ² à 200 cm ²	50 KCC	30
Au-dessus de 200 cm ² , par multiple de 200 cm ² , en supplément.....	20 KCC	10
Excision d'une cicatrice vicieuse suivie de suture.....	20 KC	
Excision des hygromas.....	15 KC	
Excision d'un anthrax.....	10 KC	
Ponction d'abcès ou de ganglion.....	3	
Incision ou drainage d'une collection isolée ou associée superficielle peu volumineuse avec ou sans anesthésie.....	5 KC	
Incision d'une collection volumineuse de toute cause sous anesthésie générale.....	20 KCC	
Greffes libres de peau totale (y compris le recouvrement de la partie donneuse, quelle que soit la surface).....	60 KCC	30
Plastie par lambeau(x) cutané(s), par rotation ou par glissement, y compris le recouvrement de la région donneuse.....	61 KC	30
(Le simple décollement des berges de la plaie ne constitue pas un lambeau de glissement)		
Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps.....	150 KCC	
Premier temps.....	30	
Les autres.....	25	
Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance (les deux temps, y compris le recouvrement de la région donneuse et l'appareil plâtré éventuel), quelle que soit la surface	100 KCC	
Premier temps.....	30	
Les autres.....	25	
Autoplastie pour lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire (avec maximum KCC 200).....	40 KCC	
Premier temps.....	30	
Les autres.....	25	
Correction d'une bride rétractile par plastie en Z.....	50 KC	

Ablation d'une tumeur cutanée, suivie de fermeture par autoplastie locale ou par greffe.....	50 KC	
Nota. - Pour la chirurgie plastique des téguments, de la face, du cou, de la main et des doigts, les chiffres précédents sont à augmenter de 50 %. En cas d'autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, cette majoration ne porte que sur le dernier temps.		
Mise en place d'une prothèse d'expansion cutanée.....	60 KCC	30
Épiplooplastie pour comblement d'une vaste perte de substance extra-abdominale, y compris l'auto-greffe cutanée éventuellement associée :		
Par lambeau de rotation.....	150 KCC	90
Par lambeau libre, y compris les anastomoses.....	200 KCC	110
Ablation ou destruction de petites tumeurs bénignes épidermiques, par séance.....	5	
Ablation ou destruction de tumeurs bénignes cutanées, sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle que soit la dimension ou la technique employée.....	10	
Ablation ou destruction de tumeurs bénignes cutanées, sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle que soit la dimension ou la technique employée sur les parties découvertes de la tête, du cou et des mains.....	15	
Ablation d'une tumeur nécessitant une anesthésie générale.....	20 KC	
Ablation d'angiome ou de lymphangiome sous-cutané.....	15 KC	
Ablation d'angiome ou de lymphangiome volumineux.....	40 KCC	30
Extirpation d'un anévrisme cirsoïde.....	80 KCC	30
Destruction par méthode chirurgicale de verrue(s) vulgaire(s) unique ou multiples (autres que verrues plantaires, unguéales ou planes) :		
Une verrue.....	8	
De deux à quatre verrues.....	10	
Par verrue supplémentaire (au-dessus de quatre) détruite au cours de la même séance.....	1,5	
Destruction par méthode chirurgicale de verrues plantaires en une ou plusieurs séances :		
Unique.....	10	
Multiple de deux à quatre.....	15	

Au-delà de quatre, par verrue supplémentaire, supplément de 5 avec plafond à 30.		
Destruction par méthode chirurgicale de verrues péri-unguéales ou de petites tumeurs sous-unguéales (tumeur glomique, botryomycome) uni ou bilatérale nécessitant l'exérèse partielle de l'ongle :		
En une séance.....	10	
En plusieurs séances.....	20	
Destruction de condylomes acuminés, par séance.....	10	
Traitement des dermatoses :		
Injection sclérosante pour angiome, cryothérapie, électrocoagulation ou ces traitements combinés, par séance.....	6	
Si l'acte est pratiqué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains.....	8	
Infiltration médicamenteuse intra ou sous-lésionnelle, unique ou multiple, pour traitement d'une affection du derme ou de l'épiderme, par séance.....	5	
Exérèse de naevi cellulaires :		
Moins de 4 cm².....	20 KC	
De 4 à 8 cm².....	30 KC	
Plus de 8 cm².....	50 KCC	
La surface à prendre en compte est celle de la lésion.		
Exérèse de tumeurs cutanées malignes :		
Moins de 4 centimètres.....	KC	20
De 4 à 8 centimètres.....	KC	30
De plus de 8 centimètres.....	KCC	50
Épilation électrique, la séance de 20 minutes	8 AP	
Exérèse ou destruction en masse d'un lupus ou d'une tuberculose verruqueuse, en une ou plusieurs séances :		
Lésion de moins de 4 cm².....	10	
Lésion de 4 cm² et plus.....	30	
Application de rayons ultraviolets pour affection dermatologique, par séance.....	2 AP	

Si l'étendue de l'affection nécessite deux ou plusieurs champs par séance, la séance.....	3,5 AP	
Douche filiforme, par séance.....	4	
Destruction d'un tatouage post-traumatique :		
Jusqu'à 8 cm².....	10	
Au-dessus de 8 cm².....	20	
Sur la face, augmenter le coefficient donné par la surface de tatouage de.....	5	
Traitement exfoliant de l'épiderme, par séance.....	10 AP	
Le même traitement avec nettoyage de peau et mise à plat des collections suppurées ou kystiques, par séance.....	15 AP	
Abrasion des téguments pour lésions cicatricielles au moyen d'une instrumentation rotative ou d'un matériel équivalent, avec un maximum de quatre séances, par séance.....	15	
Traitement par abrasion des téguments de la totalité du visage pour lésions cicatricielles, effectué en une seule séance, sous anesthésie générale.....	60 KC	
Meulage des ongles au moyen d'une instrumentation rotative ou d'un matériel équivalent, par séance.....	10	
Traitement chirurgical de l'alopecie du cuir chevelu consécutive à une lésion traumatique, tumorale ou malformative.....	80 KCC	30
Traitement des angiomes plans par laser :		
Seuls sont pris en charge les traitements réalisés, soit avec un laser à colorant pulsé, soit avec un autre type de laser, s'il est couplé à un hexascan.		
Pour tout patient âgé de plus d'un an, il est nécessaire de respecter un délai de trois mois entre chaque passage sur une même surface.		
Au-delà de six passages sur la surface totale de l'angiome le traitement est soumis à la formalité de l'accord préalable.		
Anesthésie-réanimation, par passage, quelle que soit la surface traitée et la technique.....	25	
Cette cotation couvre l'anesthésie-réanimation pour le traitement, comprenant la cotation de base et la cotation supplémentaire, tel que défini ci-dessous :		

Séance test avec clichés photographiques présentés au contrôle médical sur sa demande.....	20	
La cotation du traitement est formée de l'addition d'une cotation de base et d'une cotation supplémentaire qui varie suivant le type de laser utilisé.		
Cotation de base :		
Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm ²	18	
Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	6	
Pour utilisation d'un laser à colorant pulsé : Cotation supplémentaire :		
Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm ²	20	
Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	7	
Pour utilisation d'un autre type de laser, couplé à un hexascan :		
Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm ²	7	
Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	2.5	

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

Injection intramusculaire.....	1	
Ponction d'accès froid (avec ou sans injection modificatrice) de grand volume (mal de Pott, coxalgie, etc.).....	15	
Extirpation d'abcès froid sans lésion osseuse.....	40 KCC	
Incision d'un abcès intramusculaire.....	15 KC	
Prélèvement d'un greffon tendineux ou aponévrotique.....	30 KCC	
Extirpation d'une tumeur musculaire encapsulée.....	30 KCC	
Extirpation d'une tumeur musculaire non encapsulée :		
Sans envahissement des vaisseaux et des nerfs.....	60 KCC	
Avec envahissement des vaisseaux et des nerfs.....	100 KCC	30
Avec plastie (voir chapitre Ier).		

Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires.....	40 KCC	
Réparation primitive d'une lésion tendineuse, y compris le traitement de la plaie superficielle ainsi que le prélèvement éventuel d'un greffon à l'exception d'une plaie vaste ou complexe :		
Un seul tendon.....	30 KCC	
Deux tendons.....	45 KCC	
Trois tendons ou plus.....	60 KCC	30
Ténotomie.....	15 KC	
Biopsie musculaire.....	20 KC	
Exérèse de kystes synoviaux.....	20 KC	
Réparation secondaire d'une lésion tendineuse, allongement, raccourcissement ou transplantation, y compris le prélèvement éventuel d'un greffon :		
Un seul tendon.....	60 KCC	
Deux tendons.....	90 KCC	30
Trois tendons et plus.....	120 KCC	50
Exérèse totale d'une ou plusieurs gaines synoviales.....	100 KCC	35
Cette cotation n'est pas cumulable ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé ni avec celle de la libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien figurant au chapitre VI ci-dessous.		

Chapitre III - Os

Des clichés radiographiques pris avant et après intervention doivent être fournis.		
Ponction biopsic osseuse.....	5	
Mise en place d'une broche pour traction continue, en dehors des lésions traumatiques.....	5	
Ablution d'une exostose, d'un séquestre.....	30 KCC	
Ablation de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse : bassin, hanche, fémur, rachis.....	40 KCC	
Autres localisations.....	20 KCC	
Trépanation osseuse (pour prélèvement de greffon, biopsie, abcès central, etc.).....	50 KCC	

Comblement d'une cavité osseuse.....	80 KCC	
Ostéotomie ou résection osseuse sans rétablissement de la continuité osseuse ni ostéosynthèse.....	80 KCC	30
Ostéotomie ou résection osseuse avec rétablissement de la continuité osseuse ou ostéosynthèse :		
Calcanéum.....	80 KCC	30
Fémur.....	150 KCC	60
Autres os.....	120 KCC	60
Ostéotomie unie ou bilatérale du bassin avec interruption de la continuité de la ceinture pelvienne.....	150 KCC	60

Chapitre IV - Articulations

Les clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis.		
Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :		
Toutes articulations sauf la hanche.....	5	
Hanche.....	10	
Sinoviorthèse.....	10	
Ponction articulaire au bistouri : toutes articulations.....	10	
Confection ou répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation :		
Au-dessous du coude ou du genou.....	10 KC	
Prenant le coude ou le genou.....	15 KC	
Plâtre thoraco-brachial, pelvi-pédieux, corset, corset-minerve, bicrural ou bijambier.....	30 KC	
Mobilisation sous anesthésie générale.....	10	
Arthroscopie [y compris biopsie(s) et manœuvre(s) thérapeutique(s) éventuelle(s)].....	60 KC	
On entend notamment par manœuvre(s) thérapeutique(s) éventuelle(s) les résections de replis synoviaux (Plica), l'ablation de corps étrangers, les gestes sur le cartilage (shaving) ou la section d'ailerons rotuliens.		
Biopsie intra-articulaire :		

Coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou.....	50 KC	
Autres articulations.....	15 KC	
Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions articulaires septiques ou aseptiques, quelle que soit la technique :		
Un ou plusieurs doigts ou orteils.....	20 KCC	
Carpe, métacarpe, poignet, coude, tarse, métatarse, tibio-tarsienne.....	40 KCC	
Épaule, genou, à l'exclusion de la ménisectomie.....	60 KCC	
Hanche, bassin.....	100 KCC	40
Arthrolyse, synovectomie :		
Coude, épaule, genou.....	80 KC	30
Hanche.....	100 KC	40
Autres articulations à l'exclusion de la main.....	60 KC	
Réintervention pour excision tissulaire et nettoyage de prothèse :		
Coude, épaule, genou.....	80 KCC	30
Hanche.....	100 KCC	40
Autres articulations, à l'exclusion de la main.....	60 KCC	
Arthroplastie sans interposition de prothèse, quelle que soit la technique :		
Coude, épaule, genou.....	100 KCC	30
Hanche.....	120 KCC	50
Autres articulations, à l'exclusion des doigts et des orteils, résection simple d'une tête radiale ou cubitale.....	60 KCC	30
Arthroplastie avec interposition de prothèse, quels que soient la technique et le matériel, y compris les sections musculaires ou tendineuses éventuelles :		
Portant sur une surface articulaire :		
Épaule.....	100 KCC	30
Coude.....	80 KCC	30
Poignet.....	80 KCC	30
Hanche.....	150 KCC	70
Genou.....	100 KCC	30

Tibio-tarsienne.....	80 KCC	30
Portant sur deux surfaces articulaires :		
Épaule.....	180 KCC	80
Coude.....	150 KCC	70
Poignet.....	120 KCC	50
Hanche.....	220 KCC	110
Genou.....	200 KCC	80
Tibio-tarsienne.....	120 KCC	50
Réintervention pour ablation de prothèse articulaire :		
Hanche.....	140 KCC	60
Autres articulations, à l'exclusion de la main et des orteils.....	80 KCC	30
Arthrodèse, quelle que soit la technique :		
Coude, épaule, genou, sacro-iliaque.....	100 KCC	40
Hanche.....	180 KCC	80
Carpe, poignet.....	60 KCC	30
De l'interligne tibio-tarsienne, sous-astragalienne, médiotarsienne ou de Lisfranc.....	80 KCC	30
Arthrodèse de deux interlignes ou plus.....	100 KCC	40

Chapitre V - Vaisseaux

Section 1 - Méthodes de diagnostic

Mesure de la pression veineuse, périphérique.....	4
Mesure de la résistance capillaire.....	4
Oscillographie.....	4
Exploration fluoroscopique de la circulation artérielle des membres.....	8
Épreuve au bleu.....	6
Piézographie.....	4
Thermométrie.....	4
Capillaroscopie.....	6
Pléthysmographie.....	8

Section 2 - Artères et veines

Article 1er - Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Ponction d'un gros tronc veineux de la tête ou du cou	3
Découverte d'une veine périphérique	10
Ponction artérielle percutanée	5
Injection intra-artérielle	5
Perfusion veineuse aux membres avec ou sans cathéter	5
Mise en place d'un cathéter veineux à demeure par ponction de la jugulaire, de la fémorale ou de la sous-clavière	30
Cet acte n'est cumulable ni avec un acte de réanimation continue coté K 30 ou K 50 tel que prévu au titre XV, chapitre II, ni avec un acte d'anesthésie-réanimation (art. 22 [2°] des dispositions générales, première partie de la nomenclature générale des actes professionnels).	
Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang..	10
Si cet acte est exécuté à l'occasion d'un acte chirurgical pendant la période couverte par l'honoraire global de l'acte il ne donne pas lieu à cotation.	
Transfusion massive supérieure à trois litres de sang (chez l'adulte) en dehors d'un acte opératoire	40
Exsanguino-transfusion (minimum quatre litres chez l'adulte)	80
Implantation d'un système diffuseur dans le système veineux central, y compris l'abord vasculaire, quel que soit le vaisseau choisi	60 KC
Ablation d'un système diffuseur implanté dans le système veineux central, quelle que soit la technique	20 KC
Plasmaphérèse	80
Récupération peropératoire ou postopératoire immédiate, filtration et réinjection du sang épanché, avec lavage	40 KC
Par dérogation à l'article 22 (2°) des dispositions générales (première partie de la nomenclature générale des actes professionnels), cet acte est coté en supplément à l'acte ou aux actes d'anesthésie-réanimation.	
La récupération postopératoire immédiate doit être initialisée en salle d'opération et la retransfusion à laquelle elle donne lieu doit être effectuée dans les six heures qui suivent. Pour donner lieu à remboursement, la récupération hémorragique doit être au moins égale à 15 % de la volémie. Cette information doit être inscrite sur la fiche d'anesthésie. Lorsqu'une récupération postopératoire avec lavage fait suite à une récupération peropératoire avec lavage, un seul acte doit être coté.	

Article 2 - Actes de chirurgie

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

Distinguer trois catégories de vaisseaux :

- 1. Vaisseaux principaux des membres ;
- 2. Vaisseaux principaux du cou, de la face et de la fesse ;
- 3. Vaisseaux principaux abdomino-pelviens.

Abord pour ligature, cathétérisme, suture, sympathectomie péri-artérielle, résection non suivie de rétablissement de la continuité :		
1.	30 KCC	
2.	50 KCC	30
3.	80 KCC	40
Rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse en cas de suppression définitive du tronc vasculaire principal :		
1. Vaisseaux principaux des membres (y compris l'endartériectomie)	150 KCC	70
3. Ainsi que vaisseaux du cou	250 KCC	110
Traitement chirurgical des anévrysmes artériels ou artério-veineux en dehors de la suture, et sans rétablissement de la continuité artérielle :		
1.	80 KCC	30
2.	100 KCC	40
3.	150 KCC	90
Traitement chirurgical des embolies ou thromboses aiguës des artères ou des veines profondes :		
1.	100 KCC	40
3. Ainsi que vaisseaux du cou	150 KCC	90
Actes individualisés de chirurgie artérielle		
Mise en place d'un tube aorto-aortique	250 KCC	110
Mise en place d'un tube aorto-aortique avec réimplantation du tronc coeliaque et /ou de l'artère mésentérique supérieure et /ou des artères rénales	375 KCC	165
Pontage aorto-biliaque	375 KCC	165
Pontage aorto-bifémoral	375 KCC	165
Pontage axillo uni ou bifémoral	250 KCC	110
Pontage croisé inter-fémoral	250 KCC	110
Pontage aorto ou ilio-fémoral	250 KCC	110

Pontage fémoro-poplité avec prothèse	150 KCC	70
Pontage fémoro-poplité en veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190 KCC	85
Pontage fémoro-jambier avec prothèse	150 KCC	70
Pontage fémoro-jambier en veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190 KCC	90
Pontage séquentiel fémoro-poplité et sous-poplité composite avec prothèse et veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190 KCC	90
Endartériectomie de la bifurcation carotidienne (carotide primitive, carotide interne et/ou externe) avec ou sans patch. avec ou sans shunt	300 KCC	110
Les interventions endo-vasculaires effectuées avec un amplificateur de brillance numérisé sont inscrites à la quatrième partie de la présente nomenclature (Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle), titre III (Radiologie interventionnelle), chapitre 1er (Angioplastie) et chapitre II (Actes divers de radiologie vasculaire interventionnelle).		
Actes individualisés de chirurgie veineuse		
Crossectomie et éveinage saphène interne étendu éventuellement associés à une crossectomie et/ou à un éveinage saphène externe	80 KCC	30
Crossectomie saphène interne	30 KCC	
Crossectomie saphène externe	30 KCC	
Résection de crosse saphène interne pour récurrence, y compris les éventuelles phlébectomies complémentaires	79 KCC	30
Crossectomie et ligature(s) de veine(s) perforante(s) par voie sous aponévrotique (CHIVA Cure conservatrice et hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire)	45 KC	29
Ligature(s) isolée(s) de veine(s) perforante(s) par voie sous aponévrotique	30 KC	
Résection isolée d'une veine ou d'un parquet variqueux	30 KC	
Mise en place d'un filtre dans la veine cave inférieure	80 KCC	40
Thrombectomie de la veine cave inférieure	150 KCC	90
Pose isolée de clip sur la veine cave inférieure	80 KCC	40

Article 3 - Cancérologie

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Chimiothérapie régionale du cancer par perfusions intra-artérielles	80
Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique (à l'exception des perfusions par pompes portables ou implantables).	
Chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'accord préalable et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps.	
Le protocole doit comporter :	
1. L'indication de la pathologie motivant la thérapeutique ;	
2. Les produits injectés ;	
3. La procédure (bolus, semi-continue, continue) ou les procédures envisagées ;	
4. Le nombre de séances prévues ;	
5. Les modalités de mise en œuvre 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 antimitotiques, quels que soient le ou les produits utilisés :	

Perfusion courte (« bolus »), par séance d'une durée inférieure à six heures	15	AP
Perfusion semi-continue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures	20	AP
Perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt-quatre heures, par séance de vingt-quatre heures	30	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	
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	
---	----	--

Section 3 - Système lymphatique

Lymphographie unilatérale.....	30	
Vaisseau lymphatique : injection, découverte, cathétérisme dans un but thérapeutique.....	20	
Exérèse d'un ganglion ou d'une adénopathie.....	20 KCC	
Traitement de l'éléphantiasis ou d'un lymphangiome :		
Segmentaire.....	80 KCC	30
Diffus (y compris éventuellement le recouvrement cutané).....	120 KCC	50
Traitement par la méthode compressive de Van der Molen de l'éléphantiasis ou du lymphœdème d'un membre, primitif ou secondaire à un acte thérapeutique, comprenant la réduction par tuyautage et la réalisation de la contention inamovible d'au moins deux segments de membre (avec maximum de cinq séances, espacées de cinq jours au moins à quinze jours au plus) par séance.....	10	
Pose d'une bande adhésive réalisant la contention permanente inamovible d'au moins deux segments de membre, quelle que soit la technique, avec un maximum de deux par semaine.....	5	
Curage ganglionnaire d'une région inguinale, axillaire, sous-maxillaire, cervicale, sus-claviculaire, mammaire interne :		
Unilatéral.....	60 KCC	30
Bilatéral en un temps.....	100 KCC	50
Cette cotation ne peut s'ajouter à celle de l'acte d'exérèse de la lésion primitive pratiquée dans la même séance.		
Grand évidement jugulo-maxillaire, carotidien, sous-maxillaire et sus- claviculaire en un temps.....	120 KCC	70

Chapitre VI - Nerfs

1. Infiltrations percutanées

Ganglion de Gasser.....	20	

Nerf trijumeau (trou ovale ou grand rond), nerf ophtalmique.....	10	
Nerf maxillaire supérieur ou inférieur à la base du crâne.....	8	
Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.).....	5	
Infiltration du nerf phrénique, splanchnique, hypo-gastrique de sympathique lombaire, du ganglion stellaire ou du ganglion sympathique cervical supérieur.....	10	

2. Interventions

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

Titre III - Actes portant sur la tête

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Chapitre Ier - Crâne et encéphale

Article 1er - Investigations neurologiques centrales et périphériques (pour les investigations vasculaires, voir Titre II Chapitre V - Vaisseaux)

Arrêté ministériel n° 2001-303 du 1er juin 2001

Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection médicamenteuse, avec ou sans épreuve au manomètre de Queckenstedt-Stookey	8	
--	---	--

Ponction lombaire ou sous-occipitale avec injection de substance de contraste	15	
Myélographie gazeuse, encéphalographie totale par voie lombaire	30	
Encéphalographie gazeuse fractionnée (diagnostique)	60	30
Ponction ventriculaire (quel que soit le nombre des orifices de trépanation)	40	
Le même acte chez le nourrisson sans trépanation	15	
Ventriculographie (quel que soit le nombre des orifices de trépanation)	60	30
Le même acte chez le nourrisson sans trépanation	20	
Électroencéphalogramme, quel que soit le nombre de chaînes de l'appareil, le temps passé, les procédés « d'activation » utilisés avec un minimum de six plumes	30	
Électroencéphalogramme pratiqué pour un seul malade intransportable, soit à domicile, soit dans un établissement dépourvu d'appareillage électroencéphalographique (frais de déplacement compris)	70	
Électroencéphalogramme de plusieurs malades dans un établissement dépourvu d'appareillage électroencéphalographique, pour chaque malade (frais de déplacement compris)	30	
Électroencéphalogramme pendant toute la durée d'une intervention de chirurgie endo-thoracique ou de neuro-chirurgie	70	
Examen électrocorticographique	70	
Échoencéphalogramme	10	
Électrodiagnostic de stimulation :		
Examen électrique galvano-faradique quels que soient le ou les territoires examinés	10	
Chronaximétrie quels que soient le ou les territoires examinés	18	
Ces deux examens ne sont pas cumulables dans la même séance.		
Électromyogramme : quels que soient le ou les territoires examinés. Les documents devront être présentés au contrôle médical sur sa demande :		
Examen électromyographique par oscilloscopie, phonie ou enregistrement photographique à faible définition	15	
Examen électromyographique avec enregistrement photographique à définition		

normale (enregistrement continu d'au moins trois secondes permettant de discerner sur le document final un signal sinusoïdal de 1 000 Hertz) ou recherche de spasmophilie avec épreuve du garrot sous contrôle EMG	27	
Examen de stimule-détection avec réception musculaire et mesures chronologiques	18	
Mesures de vitesse de conduction sensitive	18	

Article 2 - Traitement neurochirurgical des affections intra-crâniennes

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

1. Exérèse d'une lésion expansive

Les coefficients de cet article comprennent l'exérèse de la lésion et de ses différents prolongements éventuels, quelle que soit leur localisation.

a) Lésions expansives sustentorielles :

Lésion de la voûte du crâne	120 KCC	50
Lésion extra-parenchymateuse de la convexité	200 KCC	130
Lésion intra-parenchymateuse des hémisphères	200 KCC	110
Lésion des ventricules latéraux	300 KCC	140
Lésion du troisième ventricule	300 KCC	140
Lésion de la ligne médiane (commissures et faux)	300 KCC	140

b) Lésions expansives des régions sellaire et pinéale :

Lésion hypophysaire intrasellaire (voie rhinoseptale)	200 KCC	110
Lésion hypophysaire à extension suprasellaire (quelle que soit la voie)	250 KCC	130
Lésion exclusivement suprasellaire (voie sous-frontale)	300 KCC	150
Lésion expansive de la région pinéale	300 KCC	150

c) Lésions expansives de la base du crâne :

Lésion de l'étage antérieur	300 KCC	130
Lésion de l'étage moyen et de la petite aile du sphénoïde	300 KCC	130
Lésion du clivus et de l'incisure tentorielle	400 KCC	150
Tumeur postérieure de l'orbite (par voie neuro chirurgicale)	250 KCC	110

d) Lésions expansives sous-tentorielles :

Tumeur des hémisphères cérébelleux	200 KCC	110

Tumeur du vermis cérébelleux et/ou du quatrième ventricule	250 KCC	140
Tumeur du tronc cérébral	300 KCC	140
Tumeur de l'angle ponto-cérébelleux	450 KCC	180
Tumeur de la tente du cervelet ou du trou occipital	300 KCC	130

2. Lésions infectieuses et parasitaires

Traitement d'un empyème extra-parenchymateux	100 KCC	40
Ponction d'un abcès intra-parenchymateux	80 KCC	
Exérèse d'un abcès ou d'une parasitose intra-parenchymateux	200 KCC	110

3. Anévrismes artériels intra-crâniens

Exclusion d'un anévrisme artériel supra-tentorial par voie neurochirurgicale	300 KCC	180
Exclusion d'un anévrisme artériel vertébrobasilaire par voie neurochirurgicale	300 KCC	180
Exclusion en un temps de deux (ou plus) anévrismes artériels par voie neurochirurgicale	350 KCC	215
Ligature de la carotide interne	50 KCC	

4. Anévrismes artério-veineux intra-crâniens

Exérèse des anévrismes artério-veineux méningés	200 KCC	110
Exérèse des anévrismes artério-veineux corticaux à pédicule unique	200 KCC	110
Exérèse des anévrismes artério-veineux profonds ou corticaux à pédicules multiples	300 KCC	180

5. Autres lésions vasculaires cérébrales

Évacuation d'un hématome intra-cérébral sustentorial	120 KCC	90
Évacuation d'un hématome cérébelleux	200 KCC	110
Anastomose vasculaire extra-intra-crânienne	200 KCC	110
Chirurgie réparatrice d'une artère intra-crânienne	150 KCC	60

6. Lésions traumatiques superficielles

Excision d'une plaie du cuir chevelu avec esquillectomie	40 KCC	30
Traitement d'un scalp simple	30 KC	
Traitement d'un scalp par lambeau de rotation	80 KCC	30

Traitement d'une embarrure fermée de la voûte	100 KCC	35
Traitement d'une embarrure ouverte	120 KCC	45
Cranioplastie par matériel (prothèse, homo ou auto-greffe)	100 KCC	55

7. Lésions traumatiques intra-crâniennes

Évacuation d'un hématome extra-dural	150 KCC	60
Évacuation d'un hématome sous-dural aigu et/ou traitement d'une contusion cérébrale	120 KCC	60
Évacuation d'un hématome sous-dural chronique	80 KCC	35
Traitement d'une plaie cranio-cérébrale	150 KCC	60
Traitement d'une fistule traumatique du liquide céphalo-rachidien	200 KCC	110

8. Dérivation du liquide céphalo-rachidien

Pose d'un drainage ventriculaire externe	40 KCC	30
Dérivation ventriculo-atriale ou péritonéale, lombo-péritonéale	120 KCC	60
Dérivation kysto ou sous duo-péritonéale	120 KCC	60
Ablation d'une dérivation extra-crânienne	30 KCC	
Ventriculo-cisternostomie (quelle qu'en soit la technique)	150 KCC	60
Dérivation interne (Torkildsen, intubation aqueducale)	150 KCC	80

9. Malformations cranio-encéphaliques

Traitement des méningo-encéphalocèles	100 KCC	40
Traitement des craniosténoses	200 KCC	110

Article 3 - Neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique

1. Neurochirurgie stéréotaxique

Repérage suivi d'une ponction ou biopsie stéréotaxique d'une lésion intra-crânienne	250 KCC	110
Exérèse chirurgicale de lésions intracérébrales sous repérage stéréotaxique pré et per opératoire	300 KCC	140
Implantation stéréotaxique intra-cérébrale	300 KCC	110
Chirurgie stéréotaxique d'un mouvement anormal	300 KCC	110
Exploration stéréotaxique d'une épilepsie	300 KCC	110
Implantation stéréotaxique d'électrodes ou de tissu vivant	300 KCC	110

2. Neurochirurgie de l'épilepsie

Excision d'une zone épileptogène avec corticographie	200 KCC	110
Hémisphérectomie	300 KCC	130

3. Neurochirurgie de la douleur

Thermocoagulation du trijumeau ou du glossopharyngien	100 KCC	40
Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités	40 KC	
Traitement chirurgical d'un conflit artère-nerf intra-crânien	200 KCC	70
Myélotomie ou cordotomie (percutanée ou ouverte)	150 KCC	50
Radicellotomie postérieure sélective	200 KCC	60
Implantation d'une électrode épidurale	40 KCC	
Implantation d'un stimulateur médullaire	80 KCC	50
Implantation sous-arachnoïdienne d'un réservoir ou d'une pompe	100 KCC	150

Article 4 - Divers

Pose d'un capteur de pression intra-crânienne	40 KCC	
Volet déconpressif ou explorateur	100 KCC	40
Ablation de volet	80 KCC	40
Ponction ventriculaire	40 KCC	

Chapitre II - Orbite-Ceil

Chapitre modifié par arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999 ; par l'arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2003-218 du 31 mars 2003 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013^[4]

Article 1er

Créé par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; remplacé par l'ordonnance n° 2017-856 du 13 décembre 2017 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2018-319 du 12 avril 2018 ; par l'arrêté ministériel n° 2019-149 du 14 février 2019 ; par l'arrêté ministériel n° 2022-696 du 7 décembre 2022 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

Traitement du strabisme par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ	AP
1) Préambule : par dérogation à l'article 5 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux intitulée « <i>dispositions générales</i> », les actes du présent article et de l'article 2 du présent chapitre peuvent être pris en charge ou remboursés par les régimes 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.			

2) Bilans orthoptiques

- le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif ;
- l'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées ;
- le compte rendu, tenu à la disposition du service médical, comporte le diagnostic orthoptique argumenté et les objectifs, le plan de soins de la rééducation/du traitement orthoptique s'ils sont indiqués (justification nécessaire en cas d'absence d'indication à une rééducation) ;
- le bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste ;
- les actes du présent article ne sont pas associables entre eux ni avec un acte de l'article 3 du présent chapitre ;
- dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut, salarié ou libéral, de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée (sauf circonstance exceptionnelle dûment justifiée dans le compte rendu) :
 - bilan orthoptique en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ;
 - bilan orthoptique et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002).

Bilan orthoptique des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision) avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2 ^{ème} bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins : - la détermination subjective de l'acuité visuelle ; - la détermination subjective de la fixation ; - le bilan des déséquilibres oculomoteurs.	30	AMY	
Bilan des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2 ^{ème} bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins :	30,5	AMY	
- la détermination subjective de l'acuité visuelle ;			
- la détermination subjective de la fixation ;			
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs.			
Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	10	AMY	AP
Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles et un trouble neurosensoriel, accommodatif ou à un trouble de l'orientation du regard (hors enregistrement) avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	14,5	AMY	AP
Bilan des troubles oculomoteurs : hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15	AMY	AP
Bilan d'une amblyopie avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15,5	AMY	AP

3) Actes de rééducation

Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes ayant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie.

L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation ou du renouvellement du traitement en fonction de son évolution et de l'état de santé du patient. À tout moment, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec l'orthoptiste, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.

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. Une demande d'accord préalable doit être obligatoirement formulée pour tout renouvellement.			
Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle, de l'ordre de 30 mn pour les patients de 16 ans et de moins de 16 ans, de l'ordre de 45 mn pour les patients de plus de 16 ans. Cette rééducation est destinée : - aux patients ayant une pathologie oculaire ou des lésions d'origine traumatique, tumorale, neurologique et/ou vasculaire entraînant une déficience visuelle ; - aux patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neuro visuels objectivés dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (médical et paramédical) ;			
- patients de plus de 16 ans ; - patients de 16 ans et moins de 16 ans.	18 12	AMY AMY	
Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	5,8	AMY	
Traitement du strabisme par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	6,5	AMY	
Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	4	AMY	

Article 2 - Orthoptie : actes avec enregistrements.

Créé par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014

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.

Désignation de l'acte	Lettre-Clé	Coefficient	AP
Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée sans mesure de seuil	AMY	9,5	
Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée avec mesure de seuil	AMY	10,3	
Courbe d'adaptation à l'obscurité	AMY	9	
Exploration du sens chromatique	AMY	6	
Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score	AMY	9	
Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec télétransmission au médecin lecteur.			

La facturation de cet acte est conditionnée à : - une formation ; - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille ; - la télétransmission dans un délai maximum de 48 heures, 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.	AMY	6,7	
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. La facturation de cet acte est conditionnée à : - une formation ; - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille ; - la transmission dans un délai maximum de 48 heures, 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.	AMY	6,1	

Article 3 - Orthoptie : acte spécifique d'étude de la réfraction et de l'acuité visuelle

Créé par l'arrêté ministériel n° 2022-696 du 7 décembre 2022 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2023-504 du 7 septembre 2023 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

Les actes visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT	LETTRE CLÉ	AP
Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation — cet acte n'est pas associable à un acte de l'article 1 du présent chapitre. Dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut - salarié ou libéral - de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée : — la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ;	8	AMY	

— la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002).			
Actes de dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant. Chaque acte de dépistage n'est facturable qu'une fois par patient et sur la tranche d'âge concernée. Les 2 actes de dépistage ne sont cumulables ni avec un autre acte en AMY ni avec des actes médicaux. En cas de dépistage positif, l'orthoptiste oriente l'enfant vers un médecin ophtalmologiste. Dépistage de l'amblyopie chez les nourrissons âgés de 9 à 15 mois Dépistage des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans.	7,7 8,4	AMY AMY	

Chapitre III - Oreille

Article 1er - Investigations

Arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999

Ces investigations doivent comporter la rédaction d'un compte rendu.

Prise d'un seuil tonal liminaire et éventuellement supraliminaire quelle que soit la technique utilisée : classique, automatique ou les deux simultanément	10	
Examen audiométrique tonal et vocal	15	
Examen audiométrique spécial de l'enfant	15	
Audiométrie tonale liminaire avec étude de l'impédance acoustique et supraliminaire avec étude de la sensation suivant l'axe du temps, par audiométrie classique ou automatique, quel que soit le nombre de tests effectués	25	
Examen labyrinthique	10	
Examen électroystagmographique	30	

Article 2 - Oreille externe

Arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999

Ablation de bouchon de cérumen ou épidermique uni ou bilatéral	5	
Ablation de bouchons épidermiques, sous anesthésie générale	10	
Ablation de corps étranger non enclavé du conduit auditif externe	5	
Ablation de corps étranger enclavé du conduit auditif externe	10	
Ablation de corps étranger nécessitant une opération sanglante	30 KCC	
Exérèse d'une tumeur osseuse bénigne oblitérante du conduit auditif externe	60 KCC	
Traitement par curetage d'un othématome important	15 KCC	

Chirurgie corrective bilatérale des oreilles décollées	60 KCC	30
Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplasie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés	120 KCC	40
Résection simple d'une tumeur maligne de l'oreille externe	20 KCC	
Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	60 KCC	

Article 3 - Oreille moyenne

Paracentèse du tympan unilatérale	10	
Ablation d'un polype de l'oreille moyenne	10 KC	
Injection transtympanique, avec maximum de quatre	10	
Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse (traitement global)	30	
Traitement des otites chroniques par aspiration sous microscope :		
La séance (avec maximum de six séances)	10	
Mastoïdectomie	80 KCC	30
Évidement pétro-mastoïdien	120 KCC	50
Exploration chirurgicale de l'oreille moyenne sous microscope	80 KCC	30
Myringoplastie simple	80 KCC	30
Mobilisation de l'étrier	80 KCC	30
Fenestration, trépanation, labyrinthique, platinectomie totale ou partielle reconstitutive	150 KCC	60
Tympanoplastie (y compris le temps osseux), quelle que soit la technique	150 KCC	60
Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne	200 KCC	110

Article 4 - Nerf facial

Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par décompression intrapétreuse	120 KCC	40
Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par greffe intrapétreuse	150 KCC	60

Chapitre IV - Face

Article 1er - Nez

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Traitement du rhinophyma par décortication	30 KCC	
Plastie narinaire réparatrice uni ou bilatérale	80 KCC	30
Traitement chirurgical de la rhinite atrophique unilatérale	60 KCC	
Traitement de la rhinite atrophique uni ou bilatérale par injection de substance plastique	30	
Réduction d'une fracture récente du nez avec l'appareillage	20	
Rhinoplastie postraumatique, y compris le traitement de la cloison	100 KCC/AP	30
Chirurgie réparatrice de la pyramide nasale avec greffe osseuse ou cartilagineuse, non compris les temps de préparation de lambeaux cutanés.	120 KCC/AP	50
Ablation d'un corps étranger non enclavé des fosses nasales	5	
Ablation d'un corps étranger enclavé des fosses nasales	10	
Hémostase nasale pour épistaxis	10	
Turbinectomie unilatérale	15 KCC	
Résection de crête de cloison	15 KCC	
Résection ou reposition de la cloison à visée réparatrice	60 KCC	
Traitement d'une synéchie nasale	10	
Traitement d'une oblitération choanale membraneuse unilatérale	20 KCC	
Traitement d'une oblitération choanale osseuse	100 KCC	30
Traitement d'un hématome ou abcès de la cloison	10 KC	
Traitement d'une polypose nasale unilatérale en une ou plusieurs séances (y compris les récidives dans les trois mois)	15	
Fermeture autoplastique d'une communication bucco-nasale ou bucco-sinusale	70 KCC	30

Article 2 - Sinus

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

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

Article 3 - Traitement de diverses lésions de la face

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2003-288 du 12 mai 2003 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénie génienne (incision ou drainage filiforme)	10 KC	
Exérèse chirurgicale d'une tumeur maligne suivie de réparation quelle que soit la technique	60 KCC	30
Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée, quelle que soit la technique	80 KCC	30
Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face n'intéressant pas l'orbite, par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement du greffon osseux non compris)	80 KCC	30
Traitement chirurgical d'une collection suppurée de la face, y compris éventuellement les extractions dentaires	40 KCC	
Réfection uni ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse, cartilagineuse, ou par matériau inerte, intéressant l'orbite, l'os malaire, les maxillaires et la mandibule pour lésion congénitale ou ancienne	150 KCC	60

Comblement bilatéral de dépressions sous-cutanées oro-faciales liées à une lipodystrophie iatrogène par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement, leur préparation et leur réinjection	AP 120 KCC	60
Réinjection bilatérale complémentaire par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement et leur préparation, après un premier traitement par lipodystrophie iatrogène	AP 30 KCC	

Chapitre V - Bouche-pharynx (parties molles)

Article 1er - Lèvres

Réfection partielle d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme	80 KCC	30
Réfection totale d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme, en un ou plusieurs temps	120 KCC	
Premier temps	40	
Les autres	25	
Traitement chirurgical de :		
Bec de lièvre unilatéral simple	60 KCC	30
Bec de lièvre total sans division vélopalatine	80 KCC	40
Division vélopalatine	100 KCC	40
Bec de lièvre avec division vélopalatine	120 KCC	50
Retouche de bec-de-lièvre ou de division vélopalatine, six mois au moins après l'opération principale	30 KCC	

Article 2 - Langue

Incision d'un abcès de la langue ou du plancher de la bouche par voie buccale	20 KCC
Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié	10 KC
Glosscctomie partielle correctrice	60 KCC

Article 3 - Plancher de la bouche

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Incision d'un abcès ou phlegmon de la base de la langue ou du plancher de la bouche par voie sushyoïdienne	40 KCC
Excision par voie buccale d'un kyste du plancher de la bouche	20 KCC

Article 4 - Pharynx

Adénoïdectomie, y compris le traitement éventuel des complications	20 KCC	
Adénoïdectomie plus amygdalectomie chez l'enfant, y compris le traitement éventuel des complications	30 KCC	
Amygdalectomie totale chez l'adulte (à partir de quinze ans)	40 KCC	
Traitement des hémorragies amygdaliennes post-opératoires chez l'adulte	20 KCC	
Électrocoagulation ou cryothérapie des amygdales :		
Chaque séance	5	
Avec un plafond de	30	
Ablation d'un polype choanal	20 KC	
Incision d'un abcès simple de l'amygdale	10 KC	
Incision d'un phlegmon péri-amygdalien ou rétro-pharyngien	20 KCC	
Ouverture par voie cervicale d'un abcès latéro-pharyngien	50 KCC	
Pharyngotomic	100 KCC	40
Réparation d'un pharyngostome sans lambeau pédiculé	50 KCC	
Réparation d'un pharyngostome avec lambeau pédiculé en un ou plusieurs temps (y compris leur préparation)	180 KCC	80
Pharyngoplastie pour séquelles de fente vélopalatine, quel que soit le procédé	150 KCC	60

Article 5 - Glandes salivaires

Injection de substance de contraste dans les glandes salivaires (cliché non compris)	15	
Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :		
Ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple	10 KC	
Ablation d'un calcul postérieur par dissection complète du canal excréteur	30 KCC	
Traitement opératoire d'une fistule salivaire cutanée	50 KCC	
Traitement chirurgical d'une lésion bénigne d'une glande salivaire autre que la parotide	50 KCC	30
Ablation d'une lésion de la glande parotide :		

Sans dissection du nerf facial	80 KCC	30
Avec dissection du nerf facial	150 KCC	70

Article 6 - Traitement de tumeurs diverses

Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :		
D'une lésion intrabuccale de l'oro-pharynx	5	
D'une lésion intrabuccale de l'hypo-pharynx ou du cavum	10	
Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche	15 KC	
Ablation par voie endo-buccale de fistules et gros kystes congénitaux	80 KCC	30
Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne	5	
Résection linguale partielle pour tumeur maligne de la partie mobile de la langue	50 KCC	
Diathermo-coagulation d'une tumeur maligne de la cavité buccale	50 KCC	
Avec électroécrose du maxillaire	100 KCC	30
Tumeur maligne de l'oro-pharynx ou du plancher de la bouche :		
Résection sans curage ganglionnaire	80 KCC	30
Résection avec curage ganglionnaire	150 KCC	50
Résection avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire et résection du maxillaire	180 KCC	80
Fibrome naso-pharyngien	180 KCC	80
Pharyngectomie avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire	200 KCC	100
Ablation d'une glande salivaire autre que la parotide pour tumeur maligne	80 KCC	35
Parodectomie totale sans conservation du facial et curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire	180 KCC	80

Chapitre VI - Maxillaires

Article 1er - Fractures

Traitement des fractures des procès alvéolaires avec conservation des dents mobiles et déplacées -traitement radiculaire non compris	50 KC	

Traitement orthopédique d'une fracture complète sans déplacement (appareillage compris)	60 KC	
Traitement orthopédique d'une fracture complète avec déplacement (appareillage compris)	100 KC	40
Traitement d'une disjonction crânio-faciale (appareillage compris) :		
Sans déplacement	80 KCC	30
Avec déplacement	120 KCC	50
Traitement d'une fracture complète et simultanée des deux maxillaires (appareillage compris)	150 KCC	80
Traitement sanglant complet par ostéosynthèse des fractures des maxillaires, de l'os malaire ou du zygoma, quelle que soit leur forme anatomique (contention comprise)	100 KCC	40
Traitement chirurgical d'une pseudarthrose (prélèvement des greffons compris), voir : traitement sanglant complet d'une fracture d'un maxillaire. avec supplément de 50 %.		

Article 2 - Lésions infectieuses

Curetage et ablation des séquestres pour ostéite et nécrose des maxillaires circonscrites à la région alvéolaire	10 KC
Curetage et ablation des séquestres pour ostéite ou nécrose du corps maxillaire (radiographie indispensable)	50 KCC

Article 3 - Malformations et tumeurs

Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	30 KC	
Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires ayant entraîné un vaste délabrement osseux	80 KCC	30
Ostéotomie unilatérale du maxillaire inférieur :		
Par voie exo-buccale	80 KCC	30
Par voie endo-buccale	100 KCC	40
Ostéotomie segmentaire pour prognathie ou rétrognathie supérieure	150 KCC	60
Ostéotomie totale pour prognathie ou rétrognathie supérieure (greffe osseuse comprise)	200 KCC	90
Traitement chirurgical de la prognathie ou rétrognathie inférieure par ostéotomie bilatérale :		

Par voie exo-buccale	150 KCC	60
Par voie endo-buccale	200 KCC	90
Résection par voie endo-buccale d'un segment mandibulaire n'intéressant pas l'os alvéolaire sans interruption de la continuité osseuse	50 KCC	
Résection d'un segment mandibulaire avec interruption de la continuité, quel que soit le procédé (prothèse dentaire éventuelle non comprise)	120 KCC	40
Résection totale d'un héli-maxillaire inférieur ou du maxillaire supérieur (prothèse dentaire éventuelle non comprise)	120 KCC	50
Endo-prothèse de reconstitution du maxillaire, de la mandibule	130 KCC	60

Article 4 - Articulation temporo-maxillaire

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

Article 5 - Orthopédie dento-faciale

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

La responsabilité de l'assurance maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire.

Tout traitement doit concerner les dysmorphoses corrigibles et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord sous peine de la caducité de celui-ci.

1. Examens

Examens avec prise d'empreinte, diagnostic et durée probable du traitement (les examens spéciaux concourant à l'établissement de ce diagnostic, et notamment radiographie dentaire, radiographie et téléradiographie de la tête sont remboursés en sus).....	15
Avec analyse céphalométrique, en supplément.....	5

2. Traitements (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
Avec un plafond de.....	540
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 deux séances par semestre).....	5
L'accord préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins. Cette entente peut porter sur une fraction d'année.	
Le contrôle dentaire peut demander des examens qui seront remboursés dans les conditions habituelles.	
Contention après traitement orthodontique :	
Un avis technique favorable pour la contention ne peut être donné que si le traitement a donné des résultats positifs et dans la mesure où il se justifie techniquement :	
Première année.....	75
Deuxième année.....	50
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée.....	180
Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :	
Forfait annuel, par année.....	200
En période d'attente.....	60
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
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

Section I - Soins conservateurs

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

Article 1er - *Obturations dentaires définitives*

Arrêté ministériel n° 99-87 du 22 février 1999 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2011-148 du 14 mars 2011

Dents permanentes des enfants de moins de 13 ans		
1. Cavité simple, traitement global (l'obturation de plusieurs cavités simples sur la même face ne peut être comptée que pour une seule obturation composée intéressant deux faces)	6	7
2. Cavité composée, traitement global intéressant deux faces	9	11
3. Cavité composée, traitement global intéressant trois faces et plus	15	18
Les matériaux utilisés pour les actes ci-dessus (1, 2, 3) doivent être radio-opaques et détectables par des moyens physiques.		
4. Soins de la pulpe et des canaux (ces soins ne peuvent être remboursés que si l'obturation a été effectuée à l'aide d'une pâte radio-opaque).		
Pulpotomie, pulpectomie coronaire avec obturation de la chambre pulpaire (traitement global).	7	10
Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global).		
Groupe incisivo-canin	10	12
Groupe prémolaires	15	19
Groupe molaires	25	30

Article 2 - *Hygiène bucco-dentaire et soins de parodontopathies*

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2009-165 du 10 avril 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Détartrage complet sus et sous-gingival (effectué en deux séances au maximum)	12	
Ligature métallique dans les parodontopathies	8	
Attelle métallique dans les parodontopathies	40	AP
Prothèse attelle de contention quel que soit le nombre de dents ou de crochets	70	AP

Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, par dent	9	
La prise en charge de l'acte ci-dessus par l'assurance maladie est limitée aux première et deuxième molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent. Cet acte doit « être réalisé en cas de risque carieux » et avant le quatorzième anniversaire.		

Section II - Soins chirurgicaux

Article 1er - Extractions

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Lorsqu'une ou plusieurs extractions dentaires sont effectuées sous anesthésie générale, une demande d'accord préalable est nécessaire.

L'anesthésie locale ou loco-régionale pour les actes de cette section ne donne pas lieu à cotation.

Extraction :

D'une dent permanente	10 KC	
De chacune des suivantes au cours de la même séance	5 KC	
Extraction :		
D'une dent lactéale, quelle que soit la technique	8 KC	
De chacune des suivantes au cours de la même séance	4 KC	
Extraction d'une dent par alvéolectomie	10 KC	
Lorsque les extractions sont effectuées sans anesthésie générale, les cotations à retenir concernant cette anesthésie sont pour :		
Une à douze extractions	25	
Treize et au-dessus	30	
Pour les actes qui suivent, une radiographie pré-opératoire est obligatoire :		
L'anesthésie générale peut être effectuée sans demande d'accord préalable, lorsque au minimum trois dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe sont extraites au cours d'une même séance :		
Extraction des dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe :		
La première	40 KC	
Chacune des suivantes au cours de la même séance.	20 KC	
Lorsque les extractions de dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de		

germe, sont effectuées sous anesthésie générale, les cotations à retenir concernant cette anesthésie sont :		
Pour une dent	25	
Pour deux dents ou plus	40	
Germectomie pour une autre dent que la dent de sagesse	20 KC	
Extraction d'une dent incluse ou enclavée	40 KC	
Extraction d'une canine incluse	50 KC	30
Extraction d'une odontoïde ou d'une dent surnuméraire incluse ou enclavée	40 KC	
Extraction d'une dent en désinclusion non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	20 KC	
Extraction d'une dent en désinclusion dont la couronne est sous-muqueuse en position palatine ou linguale	50 KC	30
Extraction d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche et du menton, sinus)	80 KC	30
Extraction chirurgicale d'une dent permanente incluse, traitement radiculaire éventuel, réimplantation, contention :		
D'une dent	100 KC/AP	30
De deux dents	150 KC/AP	40

Article 2 - Traitement des lésions osseuses et gingivales

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Trépanation du sinus maxillaire, par voie vestibulaire, pour recherche d'une racine dentaire	40 KC	
Dégagement chirurgical de la couronne d'une dent permanente incluse	30 KC	
Régularisation d'une crête alvéolaire avec suture gingivale :		
Localisée, et dans une autre séance que celle de l'extraction	5 KC	
Étendue à la crête d'un hémimaxillaire ou de canine à canine	15 KC	
Étendue à la totalité de la crête	30 KC	
Curetage péri-apical avec ou sans résection apicale (radiographie obligatoire, traitement et obturation du canal non compris)	15 KC	
Exérèse chirurgicale d'un kyste (radiographie obligatoire) :		

Kyste de petit volume par voie alvéolaire élargie	15 KC	
Kyste étendu aux apex de deux dents et nécessitant une trépanation osseuse	30 KC	
Kyste étendu à un segment important du maxillaire	50 KC	30
Dans toutes les interventions sur kystes, la résection apicale et les extractions sont comprises, mais non les traitements des canaux.		
Pour la cure d'un kyste par marsupialisation, les coefficients sont de 50 % des précédents.		
Gingivectomie :		
Gingivectomie étendue à un sextant : (de canine à canine, de prémolaire à dent de sagesse)	20 AP	KC
Traitement d'une hémorragie post-opératoire dans une séance autre que celle de l'intervention	10	

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

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Désinsertion musculaire :

1. D'un vestibule supérieur ou inférieur	40 KCC
2. Du plancher de la bouche avec section des mylohyoïdiens	60 KCC
3. Approndissement d'un vestibule par greffe cutanée	40 KCC

Section III - Prothèse dentaire

Article 1er - Conditions générales d'attribution

1. Les assurés n'ont droit qu'à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession.
2. L'accord préalable de la caisse est nécessaire.
3. En ce qui concerne le traitement prothétique des arcades dentaires, les coefficients prévus s'appliquent aux techniques actuelles de réalisation (empreintes, montage, dents et matériaux) permettant un appareillage conforme aux données acquises de la science.
4. Il n'est pas prévu de limitation pour la durée d'usage des prothèses en raison des modifications éventuelles de la morphologie de la bouche et de l'usure des appareils ou des dents ; le renouvellement des prothèses est soumis à l'avis du contrôle médical auquel le ou les appareils à remplacer doivent être présentés, sauf cas de force majeure.
5. La prothèse demandée doit remplacer toutes les dents absentes sur une même arcade, sauf indications particulières.
6. Pour l'attribution d'un appareil de prothèse dentaire adjointe, cinq couples du groupe prémolaires et molaires en antagonisme physiologique dans la position d'occlusion normale doivent exister ou être rétablis par la prothèse de remplacement demandée (les dents de sagesse antagonistes comptant pour un demi couple).

Article 2 - Prothèse dentaire conjointe

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2009-165 du 10 avril 2009 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2010-361 du 19 juillet 2010 ; par l'arrêté ministériel n° 2011-148 du 14 mars 2011

1. Couronne dentaire ajustée ou coulée, entièrement métallique	D50
--	-----

Couronne dentaire unitaire à infrastructure céramique quand la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation	D50
L'accord préalable de la caisse ne peut être donné que si la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation, en l'absence d'affection apicale, s'il existe un antagonisme valable, et sur présentation d'un cliché radiographique après traitement.	
Sont en tout état de cause exclues du remboursement les couronnes préfabriquées et les couronnes posées sur les dents temporaires.	
2. Conception, adaptation et pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée à ancrage radiculaire (inlay-core)	D27
3. Conception, adaptation et pose d'une infrastructure coronoradiculaire métallique coulée à ancrage radiculaire avec clavette (inlay-core avec clavette)	D35
4. Dent à tenon ne faisant pas intervenir une technique de coulée	D35
L'accord préalable de la caisse ne peut être donné que si la dent ne peut être reconstituée de façon durable par une obturation, s'il y a eu traitement et obturation radiculaire de la dent, en l'absence d'affection apicale, si la proposition intéresse une dent du groupe incisivo-canin ou du groupe pré-molaire, s'il existe un antagonisme valable, et sur présentation d'un cliché radiographique après traitement.	
Dépose des prothèses conjointes métalliques pour traitement radiothérapique des tumeurs faciales, obturation provisoire comprise, par élément pilier '	D18

Article 3

Abrogé par l'arrêté ministériel n° 2009-165 du 10 avril 2009.

Article 4 - Appareils thérapeutiques

Lorsque les conditions d'attribution à titre fonctionnel ne sont pas remplies, l'attribution d'un appareil de prothèse peut être autorisée après avis du contrôle médical, au titre thérapeutique, lorsqu'un état pathologique du sujet, dûment constaté par le médecin, peut être influencé par l'état de la denture.

Article 5 - Appareils nécessaires à l'exercice de la profession

L'attribution d'un appareil de prothèse pourra être autorisée après avis du contrôle médical, lorsque les dents manquantes sont jugées indispensables à l'exercice normal de la profession habituelle déclarée par l'assuré sur la feuille de prothèse dentaire.

Nota. - En cas d'appareils demandés à titre thérapeutique ou nécessaires à l'exercice de la profession, l'attribution d'un appareil de prothèse immédiate pourra être autorisée, après avis du contrôle médical, sous réserve que les conditions générales d'attribution soient remplies.

Article 6 - Prothèse dentaire adjointe

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Appareillage (appareil compris) :

D'une à trois dents	30
De quatre dents	35
De cinq dents	40
De six dents	45
De sept dents	50
De huit dents	55

De neuf dents	60
De dix dents	65
De onze dents	70
De douze dents	75
De treize dents	80
De quatorze dents	85
Dent prothétique contreplaquée sur plaque base en matière plastique, supplément	10 AP
Plaque base métallique, supplément	60 AP
La plaque base métallique n'est acceptée :	
- que si elle est justifiée par un articulé anormalement bas interdisant d'une façon absolue la plaque base en matière plastique, avec dents contre-plaquées ou massives :	
- que si elle est indispensable à la stabilisation d'une prothèse maxillo-faciale.	
Dent prothétique contreplaquée ou massive soudée sur plaque métallique de base, supplément	15 AP
Réparation de fracture sur la plaque base matière plastique	10
Dents ou crochets ajoutés ou remplacés sur appareils en matière plastique :	
Premier élément	10
Les suivants, sur le même appareil	5
Dents contreplaquées ou massives, ou crochets soudés, ajoutés ou remplacés sur un appareil métallique :	
Par élément	20
Réparation de fractures, de la plaque base métallique, non compris, s'il y a lieu, le remontage des dents sur matière plastique	15
Dents ou crochets remontés sur matière plastique, après réparation de la plaque base métallique :	
Par élément	3
Remplacement de facette ou dent à tube	8

Article 7 - Prothèse implanto-portée

Créé par l'arrêté ministériel n° 2011-148 du 14 mars 2011 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2012-307 du 29 mai 2012 et Erratum publié au Journal de Monaco du 22 juin 2012 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2018-626 du 28 juin 2018

La prise en charge de prothèses implanto-portées est soumise à l'accord préalable de la caisse.

Le praticien doit obligatoirement fournir :

1. le bilan radiographique antérieur et postérieur à la pose des implants ;
2. le nombre d'implants supports et leur localisation sur le schéma dentaire.

Conception, adaptation et pose de prothèses implanto-portées :

1 dent	DIMP 156
--------	----------

2 à 3 dents	DIMP 216
4 dents	DIMP 222
5 dents	DIMP 228
6 à 8 dents	DIMP 240
9 à 13 dents	DIMP 264
Complet uni-maxillaire	DIMP 282

Les cotations DIMP 216 à DIMP 264 sont réservées au remplacement de dents manquantes contiguës.

Lorsque le remplacement de dents manquantes contiguës est réalisé en plusieurs temps, y compris par des chirurgiens-dentistes différents, la cotation à retenir est celle correspondant au nombre total de dents remplacées déduction faite de celle de la ou des dents remplacées.

Exemple 2 dents manquantes adjacentes :

- cotation du remplacement d'une dent au cours d'un premier temps opératoire : DIMP 156

- cotation du remplacement de la seconde dent au cours d'un second temps opératoire DIMP 216 - DIMP 156 = DIMP 60

Les cotations DIMP 156 à 222 ne peuvent être utilisées lorsque les deux dents bordant l'édentement présentent un délabrement nécessitant un traitement prothétique. Toutefois, un accord de prise en charge pourra être délivré à titre exceptionnel, sur l'avis favorable du contrôle médical, eu égard aux spécificités du cas clinique.

Section IV - Agénésies dentaires multiples chez l'enfant

Section IV créée par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

Article 1er - Conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie chez l'enfant

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'enfant : oligodontie mandibulaire (agénésie d'au moins 6 dents permanentes à l'arcade mandibulaire, non compris les dents de sagesse) avec pose de 2 implants (voire 4 maximum) uniquement dans la région antérieure mandibulaire, au-delà de 6 ans et jusqu'à la fin de la croissance, après échec ou intolérance de la prothèse conventionnelle.

La prise en charge par les organismes sociaux est conditionnée par l'Accord Préalable du Dentiste-Conseil, étant précisé que l'accord préalable pourra être sollicitée par le praticien uniquement pour les patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre de la maladie ayant entraîné les agénésies dentaires à traiter.

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

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

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

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

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

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

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose d'implant pré-prothétique intra-osseux intra-buccal :		
- le premier implant au cours de la même séance de pose d'implants	210	DC ou KC
- chacun des suivants jusqu'au 4e implant au cours de la même séance de pose d'implants	176	DC ou KC
Dégagement et activation d'implant pré-prothétique intra-osseux intra-buccal :		
- le premier implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implants	45	DC ou KC
- chacun des suivants jusqu'au 4e implant au cours de la même séance de dégagement et activation d'implants	33	DC ou KC
En cas de pose d'implant avec dégagement et activation au cours de la même séance, la cotation du dégagement et de l'activation sera réduite de 50 %.		
Pose de moyen de liaison sur implants intra-buccaux :		
- le premier moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison	77	DC ou KC
- chacun des suivants jusqu'au 4e moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison	71	DC ou KC
Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	9	DC ou KC
Ablation d'un implant pré-prothétique intra-osseux intra-buccal avec résection osseuse :		
- le premier implant au cours de la même séance d'ablation d'implants	42	DC ou KC
- chacun des suivants au cours de la même séance d'ablation d'implants	9	DC ou KC

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

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose d'une prothèse amovible mandibulaire supra-implantaire à plaque base résine comportant moins de 9 dents	50	SCP ou SPM

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

Section V - Agénésies dentaires multiples chez l'adulte

Section V créée par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

Article 1er - Conditions de prise en charge par l'Assurance maladie chez l'adulte

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Traitement des agénésies dentaires multiples liées aux maladies rares, chez l'adulte, avec pose d'implants : Agénésie d'au moins 6 dents permanentes pour l'ensemble de la denture, non compris les dents de sagesse, dont l'une au moins des dents absentes fait partie des dents indiquées dans le tableau suivant :

17, 16, 14, 13, 11	21, 23, 24, 26, 27
47, 46, 44, 43, 42, 41	31, 32, 33, 34, 36, 37

Le diagnostic de maladie rare doit être confirmé par un généticien ou un praticien d'un centre de référence ou de compétence des maladies rares.

Cette prise en charge s'applique lorsque la croissance est terminée.

La prise en charge par les organismes sociaux est conditionnée par l'Accord Préalable du Dentiste-Conseil, étant précisé que l'accord préalable pourra être sollicitée par le praticien uniquement pour les patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre de la maladie ayant entraîné les agénésies dentaires à traiter.

Article 2 - Étape préimplantaire chez l'adulte

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Enregistrement des rapports maxillo-mandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur	17	D ou K
Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages et / ou logiciel des arcades dentaires	51	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire		
- pour 1 arcade	73	D ou K
- pour 2 arcades	138	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire		
- pour 1 arcade	49	D ou K
- pour 2 arcades	91	D ou K

Article 3 - Aménagement du site implantaire chez l'adulte

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Greffe épithélio conjonctive ou conjonctive sur la gencive :		
- sur un secteur de 1 à 3 dents	38	DC ou KC
- sur un sextant	45	DC ou KC
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire :		
- sur un secteur de 1 à 3 dents	41	DC ou KC
- sur un secteur de 4 à 6 dents	129	DC ou KC
- sur un secteur de 7 dents ou plus	143	DC ou KC
Plastie muco gingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement	36	DC ou KC
Comblement préimplantaire sous muqueux du sinus maxillaire	115	DC ou KC

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

Article 4 - Étape implantaire chez l'adulte

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose d'implant préprothétique intraosseux intrabuccal :		
- le premier implant	202	DC ou KC
- chacun des suivants avec un maximum de 10 implants	174	DC ou KC
Dégagement et activation d'implant préprothétique intraosseux intrabuccal :		
- le premier implant	42	DC ou KC
- chacun des suivants avec un maximum de 10 implants	32	DC ou KC
Pose de moyen de liaison sur implant préprothétique intraosseux intrabuccal :		
- le premier moyen de liaison unitaire sur implant	77	DC ou KC
- chacun des suivants jusqu'au 10e moyen de liaison unitaire sur implant	71	DC ou KC
Pose de barre de jonction entre 2 implants intrabuccaux	46	DC ou KC
Pose de barre de jonction entre 3 implants intrabuccaux ou plus	69	DC ou KC
Révision des piliers implanto portés d'une prothèse dentaire	9	

Ablation d'un implant pré prothétique intraosseux intrabuccal avec résection osseuse :		
- le premier implant	34	DC ou KC
- chacun des suivants	7	DC ou KC

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

Article 5 - Étape prothétique chez l'adulte

Créé par l'arrêté ministériel n° 2012-300 du 18 mai 2012

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant moins de 9 dents	50	SCP ou SPM
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à plaque base résine, comportant de 9 à 13 dents	70	SCP ou SPM
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à plaque base résine	85	SCP ou SPM
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à plaque base résine	170	SCP ou SPM
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique, comportant moins de 9 dents	110	SCP ou SPM
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire à châssis métallique, comportant 9 à 13 dents	130	SCP ou SPM
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète unimaxillaire à châssis métallique	145	SCP ou SPM
Pose d'une prothèse amovible supra-implantaire complète bimaxillaire à châssis métallique	290	SCP ou SPM
Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra-implantaire	15	SCP ou SPM

Section VI - Traitement implanto-prothétique des séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires

Section créée par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014

Article 1er - Conditions de prise en charge par l'assurance maladie chez l'adulte

Créé par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014

Traitement implanto-prothétique des séquelles d'une tumeur buccale ou des maxillaires, avec pose de 4 implants maximum au maxillaire et 2 implants maximum à la mandibule.

La prise en charge est limitée aux cas où la rétention et la stabilisation d'une prothèse adjointe ne peuvent être assurées que par la pose d'implants intraosseux intrabuccaux.

La prescription d'une telle réhabilitation prothétique nécessite une réunion de concertation pluridisciplinaire associant le chirurgien maxillo-facial, l'oncologue, le radiothérapeute et le stomatologue ou le chirurgien-dentiste.

Article 2 - Étape pré-implantaire

Créé par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Enregistrement des rapports maxillomandibulaires en vue de la programmation d'un articulateur	17	D ou K
Simulation des objectifs thérapeutiques sur moulages des arcades dentaires et/ou sur logiciel	51	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour une arcade	73	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire pour deux arcades	138	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour une arcade	49	D ou K
Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour deux arcades	91	D ou K
Transformation d'un guide radiologique préimplantaire en guide chirurgical	16	D ou K

Article 3 - Aménagement du site implantaire

Créé par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Greffe épithélio-conjonctive ou conjonctive sur la gencive sur un secteur de 1 à 3 dents	38	DC ou KC
Greffe épithélio-conjonctive ou conjonctive sur la gencive sur un sextant	45	DC ou KC
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 1 à 3 dents	41	DC ou KC
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 4 à 6 dents	129	DC ou KC
Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire pour une arcade	49	DC ou KC
Ostéoplastie additive de l'arcade alvéolaire sur un secteur de 7 dents ou plus	143	DC ou KC
Plastie muco-gingivale par lambeau déplacé latéralement, coronairement ou apicalement	36	DC ou KC
Comblement préimplantaire sousmuqueux du sinus maxillaire	115	DC ou KC

Le recours à l'anesthésie générale peut être nécessaire ; dans ce cas, le code des actes d'anesthésie figure dans la Classification commune des actes médicaux.

Article 4 - Étape implantaire

Créé par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose d'implant préprothétique intraosseux intrabuccal :		
- le premier implant	210	DC ou KC
chacun des suivants avec un maximum de 4 au maxillaire et 2 à la mandibule	174	DC ou KC
Dégagement et activation d'implant préprothétique Intra-osseux intrabuccal :		
- le premier implant	45	DC ou KC
- chacun des suivants avec un maximum de 4 au maxillaire et 2 à la mandibule	33	DC ou KC
En cas de pose d'implant avec dégagement et activation au cours de la même séance, la cotation du dégagement et de l'activation sera réduite de 50 %.		
Pose de moyen de liaison sur implants intrabuccaux :		
- le premier moyen de liaison unitaire sur implant au cours de la même séance de pose de moyen de liaison	77	DC ou KC
- chacun des suivants au cours de la même séance de pose de moyen de liaison avec un maximum de 4 au maxillaire et 2 à la mandibule	71	DC ou KC
Pose de moyen de liaison entre implants intrabuccaux :		
- Barre de conjonction entre deux implants	46	DC ou KC
- Barre de conjonction entre 3 implants ou plus	69	DC ou KC
Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire	9	DC ou KC
Ablation d'un implant préprothétique intraosseux intrabuccal avec résection osseuse :		
- le premier implant au cours de la même séance d'ablation d'implants	34	DC ou KC
- chacun des suivants au cours de la même séance d'ablation d'implants	7	DC ou KC

Article 5 - Étape prothétique

Créé par l'arrêté ministériel n° 2014-295 du 4 juin 2014

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé

Pose d'une prothèse amovible supra implantaire à plaque base résine comportant moins de 9 dents	50	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible supra implantaire à plaque base résine comportant de 9 à 13 dents	70	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète unimaxillaire supra-implantaire à plaque base résine	85	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète bimaxillaire supra-implantaire à plaque base résine	170	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible supra implantaire à châssis métallique comportant moins de 9 dents	110	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible supra implantaire à châssis métallique comportant de 9 à 13 dents	130	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète unimaxillaire supra-implantaire à châssis métallique	145	SPR ou PRO
Pose d'une prothèse amovible complète bimaxillaire supra-implantaire à châssis métallique	290	SPR ou PRO
Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire amovible supra implantaire	15	SPR ou PRO

Chapitre VIII - Prothèse restauratrice maxillo-faciale

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Appareillage par obturateur (prothèse dentaire éventuelle non comprise) :

Pour perforation palatine de moins de 1 cm.....	25
Pour perte de substance du maxillaire ou de la mandibule (par exemple résection chirurgicale, électrocoagulation) :	
S'il s'agit d'une prothèse partielle.....	40
S'il s'agit d'une prothèse complète.....	80
Pour perte de substance vélopalatine.....	100
Prothèse à étages pour résection élargie du maxillaire supérieur (prothèse dentaire non comprise).....	150
Chapes de recouvrement (support de prothèse vélopalatine), par élément.....	25
Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé.....	60 AP
Appareillage de contention ou de réduction pré et postopératoire du maxillaire ou de la mandibule (résection chirurgicale ou greffe).....	130
Appareillage par mobilisateur du maxillaire inférieur (quel que soit le modèle).....	80

Appareillage par appui péricrânien.....	60
Appareillage par appareil guide :	
Sur une arcade.....	40
Sur deux arcades.....	80
Appareillage de distension des cicatrices vicieuses.....	80
Appareil porte-radium ou appareil de protection des maxillaires pour radiations ionisantes.....	80
Appareil de redressement nasal avec point d'appui dento-maxillaire ou péricrânien.....	140
Moulage facial.....	20
Prothèse plastique faciale (par exemple, du pavillon de l'oreille ou du nez) ; prise en charge, après accord préalable, suivant devis du praticien traitant.	

Titre IV - Actes portant sur le cou

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Chapitre I - Tissu cellulaire, muscles

Incision et drainage d'un adénophlegmon cervico-facial.....	20 KCC	
Traitement opératoire du torticolis par ténotomie sous-cutanée.....	15 KCC	
Suivie de la confection d'un appareil plâtre.....	40 KCC	
Scalénotomie.....	40 KCC	
Ablation de fistules et gros kystes congénitaux.....	80 KCC	30

Chapitre II - Larynx

Article 1er - Actes de diagnostic et chirurgicaux

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

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

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2002-543 du 16 septembre 2002 ; par l'arrêté ministériel n° 2007-245 du 11 mai 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2008-212 du 25 avril 2008 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2018-492 du 23 mai 2018 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2019-149 du 14 février 2019 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2019-609 du 18 juillet 2019 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-569 du 3 novembre 2022 ; par l'arrêté ministériel n° 2022-696 du 7 décembre 2022 ; par l'arrêté ministériel n° 2023-504 du 7 septembre 2023 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

Les cotations des actes de cet article ne sont pas cumulables entre elles.

Bilans	Coefficient	Lettre-clé
Désignation de l'acte		

Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :

1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire :

À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales.

2. Bilan orthophonique d'investigation :

À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.

À la fin du traitement pour les deux types de bilan orthophonique susvisés, une note d'évolution est adressée au prescripteur. En cas de bilan pour le renouvellement des séances, l'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.

Le compte rendu pour les deux types de bilan susvisés est communiqué au service médical à sa demande.

Lorsque l'orthophoniste estime, après examen de la plainte, que la réalisation du bilan orthophonique (bilan 1 ou 2 supra) n'est pas adaptée et que le patient n'a pas besoin de séances de rééducation, il peut réaliser un « *bilan de prévention et d'accompagnement parental* ». Au cours de ce bilan, l'orthophoniste prodigue au patient ainsi que, le cas échéant, à la famille des conseils de prévention, un accompagnement et, si nécessaire, une orientation adéquate vers un professionnel médical. Il doit rédiger une note en retour au médecin prescripteur.

Ce bilan ne doit pas être suivi de séances de rééducation et il est substitutif à la réalisation d'un bilan orthophonique défini au 1 et 2 ci-dessus.

1-Bilans	Coefficient	Lettre-clé
1-1 Bilan avec rédaction d'une note au prescripteur		
Bilan de prévention et d'accompagnement parental	20	AMO
1-2 Bilans avec compte rendu écrit obligatoire En cas de bilan orthophonique, en renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %		
Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques	26	AMO
Bilan de la phonation	34	AMO
Bilan des fonctions oro-myofaciales et de l'oralité	34	AMO
Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	34	AMO
Bilan de la communication et du langage écrit	34	AMO
Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logicomathématique...)	34	AMO
Bilan des troubles d'origine neurologique	40	AMO
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	40	AMO
Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité	40	AMO

2-Rééducation individuelle (accord préalable pour les renouvellements)		
Pour les actes suivants en rééducation individuelle, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum. Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9,7	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9,8	AMO
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	9,9	AMO
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	11,4	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	12,8	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	13,5	AMO
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-œsophagienne et/ou trachéo œsophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire, par séance	13	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	11,6	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	11,7	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	11,5	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance : - Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	12,1 12,6	AMO
Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	12,2	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO
Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	13,8	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	14	AMO
Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum.		

Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique, par séance	15,7	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	15,6	AMO
Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,4	AMO
3- Rééducation nécessitant des techniques de groupe (Accord préalable pour les renouvellements)		
La rééducation doit être effectuée à raison de deux à quatre patients au maximum par praticien. Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène. Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum : Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	9	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	9	AMO
Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-œsophagienne et/ou trachéo-œsophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire, par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	9	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance : - Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	9 9	AMO
Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	9	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	9	AMO

Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique, par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	9	AMO
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	9	AMO

Chapitre III - Corps thyroïde

Hémithyroïdectomie partielle.....	60 KCC	30
Hémithyroïdectomie totale.....	80 KCC	40
Thyroïdectomie totale.....	120 KCC	50
Avec évidement ganglionnaire.....	150 KCC	70
Parathyroïdectomie unilatérale.....	100 KCC	40

Chapitre IV - Trachée - Œsophage

Arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999 ; Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Intubation trachéale isolée en dehors d'une intervention chirurgicale.....	10	
Intubation trachéo-bronchique sélective pour une intervention chirurgicale endo-thoracique, en supplément.....	20 KC	
Trachéotomie, trachéostomie, traitement chirurgical d'une plaie de la trachée.....	50 KCC	
OEsophagotomie, oesophagostomie, traitement chirurgical d'une fistule oesophagienne.....	80 KCC	30
Résection d'un diverticule cervical de l'œsophage.....	100 KCC	30
Ph-métrie oesophagienne courte avec épreuves de provocation éventuelles (durée minimale deux heures).....	35	
Cet acte n'est pas cumulable avec la manométrie oesophagienne.		

Ph-métrie oesophagienne prolongée avec épreuves de provocation éventuelles (durée minimale douze heures).....	45	
Cet acte n'est pas cumulable avec la manométrie oesophagienne.		
Manométrie oesophagienne.....	35	
Cet acte n'est pas cumulable avec la Ph-métrie oesophagienne.		
Dilatation oesophagienne sous contrôle endoscopique.....	50 K	30
Sclérose de varices oesophagiennes sous contrôle endoscopique.....	50 K	30

Titre V - Acte portant sur le rachis ou la moelle épinière

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Article 1er - Traitement neuro-chirurgical des affections intra-rachidiennes

1. Lésions expansives rachidiennes et intra-rachidiennes

Corpectomie vertébrale avec reconstruction	250 KCC	110
Exérèse d'une lésion expansive épidurale (plus ou moins vertébrale)	150 KCC	80
Exérèse d'une lésion expansive intra-durale, extra-médullaire	180 KCC	80
Exérèse d'une lésion intra-médullaire (inférieure ou égale à quatre métamères)	300 KCC	130
Exérèse d'une lésion intra-médullaire (supérieure à quatre métamères)	450 KCC	150
Ponction d'un kyste intra-médullaire	150 KCC	50
Exérèse d'une lésion expansive géante de la queue de cheval	400 KCC	130
Exérèse d'une lésion expansive en sablier	250 KCC	110

2. Lésions vasculaires de la moelle

Traitement d'une malformation artérioveineuse médullaire	400 KCC	130
Évacuation d'un hématome intra-rachidien	150 KCC	60

3. Traumatismes vertébro-médullaires

Mise en place d'une traction cervicale (étrier, halo)	50 KC	
Réduction non sanglante d'une luxation vertébrale	60 KC	
Ostéosynthèse vertébrale par plaques, tiges ou crochets	150 KCC	60

4. Malformations vertébro-médullaires

Traitement d'une cavité syringomyélique (ponction, drainage)	150 KCC	60
Traitement d'une malformation de la charnière crânio-cervicale (voie postérieure)	200 KCC	90
Traitement d'une malformation de la charnière crânio-cervicale (voie transorale)	300 KCC	130
Traitement d'une myélo-méningocèle (spina bifida)	150 KCC	90
Traitement des fistules sacrococcygiennes	60 KCC	

5. Lésions disco-vertébrales dégénératives (quel que soit le nombre d'étages contigus traités)

Hernie discale lombaire (traitement chirurgical)	120 KCC	60
Hernie discale lombaire (chimionucléolyse percutanée)	40 KC	
Hernie discale dorsale (voie postérieure ou postéro-latérale)	150 KCC	60
Avec greffe en supplément y compris le prélèvement du greffon	50 KCC	
Hernie discale dorsale (voie antérieure ou antéro-latérale)	200 KCC	90
Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50 KCC	
Hernie discale cervicale (molle ou cervicarthrosique)	150 KCC	60
Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50 KCC	
Laminectomie pour sténose du canal cervical portant sur au moins trois niveaux (avec ou sans hernie)	150 KCC	70
Supplément pour pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris le prélèvement du greffon)	50 KCC	
Laminectomie pour sténose du canal lombaire portant sur au moins deux niveaux (avec ou sans hernie)	150 KCC	70
Supplément pour pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris le prélèvement du greffon)	50 KCC	

Article 2 - Actes portant sur le rachis

Les coefficients de cet article ne se cumulent pas avec ceux de l'article 1er ci-dessus.

Discographie d'un disque	20	

Réduction d'une scoliose par manœuvre orthopédique (appareil plâtré compris), chaque séance	40	
Abord des lésions rachidiennes par voie postérieure :		
Sans greffon ni ostéosynthèse	120 KCC	50
Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	150 KCC	70
Abord des lésions rachidiennes par voie antérieure ou antéro-latérale :		
Sans greffon ni ostéosynthèse	150 KCC	50
Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	200 KCC	70
Traitement chirurgical d'une scoliose ou d'une cyphose avec réduction et fixation, y compris le prélèvement éventuel du greffon :		
Sans ostéosynthèse	200 KCC	100
Avec ostéosynthèse	250 KCC	110
Traitement d'une scoliose et/ou d'une cyphose, avec réduction, fixation et ostéosynthèse, portant sur au moins cinq niveaux vertébraux, y compris le prélèvement éventuel du greffon	300 KCC	180
Traitement chirurgical complet du spondylolisthésis (comprenant au minimum la résection de l'arc postérieur, la réduction, l'ostéosynthèse et la fusion intersomatique), y compris la prise de greffon, la laminectomie éventuelle et la libération des racines	250 KCC	110
Extraction d'un corps étranger intrarachidien	120 KCC	50
Ablation isolée du coccyx	10 KCC	
Injection épidurale	8	

Titre VI - Actes portant sur le membre supérieur

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Les cotations comprennent l'appareillage postopératoire éventuel : Les clichés radiographiques pris avant et après le traitement doivent être fournis.

Extirpation d'un os du carpe.....	40 KCC	
Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse.....	60 KCC	
Ablation de la clavicule.....	50 KCC	
Ablation de l'omoplate.....	60 KCC	
Amputation inter-scapulo-thoracique.....	150 KCC	60

Traitement chirurgical du syndrome de Volkmann.....	120 KCC	50
Plasties ou transpositions musculaires pour séquelles spastiques ou paralytiques et de l'épaule, du coude.....	120 KCC	40
Main :		
Ablation d'un ongle.....	10 KC	
Ablation d'exostose sous-unguéale.....	20 KC	
Excision d'un panaris.....	10 KC	
Traitement chirurgical d'un phlegmon profond de la main.....	20 KCC	
Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digitales.....	40 KCC	
Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digito-carpiennes.....	60 KCC	
Sutures primitives des tendons de la main (y compris le traitement de la plaie) :		
Lésions des tendons extenseurs :		
Un doigt.....	50 KCC	
Deux doigts.....	70 KCC	30
Trois doigts ou plus.....	80 KCC	30
Lésion des tendons fléchisseurs :		
Un doigt.....	60 KCC	
Deux doigts.....	80 KCC	30
Trois doigts ou plus.....	100 KCC	30

Rétablissement secondaire de la fonction après section des tendons quel que soit le procédé :

Tendons extenseurs :		
Un doigt.....	60 KCC	
Deux doigts.....	90 KCC	30
Trois doigts ou plus.....	120 KCC	40
Tendons fléchisseurs :		
Un doigt.....	100 KCC	30
Deux doigts.....	120 KCC	40
Trois doigts ou plus.....	150 KCC	50
Ténolyse des tendons extenseurs :		

Un doigt.....	60 KCC	
Deux doigts.....	80 KCC	
Trois doigts ou plus.....	100 KCC	30
Ténolyse des tendons fléchisseurs :		
Un doigt.....	80 KCC	
Deux doigts.....	100 KCC	
Trois doigts ou plus.....	120 KCC	30
Doigt à ressort.....	30 KCC	
Synovetomie totale d'une ou plusieurs gaines des extenseurs ou des fléchisseurs.....	100 KCC	30
Cette cotation n'est cumulable ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé ni avec celle de la libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien, figurant au chapitre VI du titre II.		
Suture d'un ou plusieurs ligaments.....	20 KCC	
Ligamentoplastie :		
Un ligament.....	40 KCC	
Deux ligaments.....	50 KCC	
Trois ligaments ou plus.....	70 KCC	
Chirurgie réparatrice des articulations des doigts (ligamentoplastie, arthrolyse ou arthroplastie, etc.) pour rhumatisme, traumatisme fermé ou ancien, etc. :		
Une articulation.....	50 KCC	
Deux articulations.....	60 KCC	
Trois articulations.....	70 KCC	30
Arthrodèse d'un doigt :		
Une articulation.....	40 KCC	
Deux articulations.....	50 KCC	
Trois articulations.....	70 KCC	30
Arthrodèse intermétacarpienne.....	60 KCC	
Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un doigt.....	10 KCC	
Dans le cas d'amputation ou de désarticulation simultanée portant sur plusieurs doigts, la première opération est cotée intégralement, la suivante fait l'objet d'une demi-cotation et les autres ne sont pas cotées.		

Traitement chirurgical des lésions palmaires ou digitales aponévrotiques ou cutanées de la maladie de Dupuytren.....	120 KCC	40
À l'exclusion de l'aponévrotomie simple.....	60 KCC	
Traitement chirurgical de la syndactylie (greffe comprise) :		
Une commissure.....	80 KCC	
Deux commissures.....	100 KCC	30
Phalangisation d'un métacarpien.....	80 KCC	30
Pollicisation d'un doigt.....	180 KCC	50
Transposition d'un doigt en dehors de la pollicisation.....	100 KCC	30

Titre VII - Acte portant sur le thorax

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Chapitre Ier - Sein

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2004-243 du 7 mai 2004 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Galactographie.....	15	
Drainage d'un abcès profond du sein.....	20 KC	
Plastie d'un sein pour hypertrophie.....	100 KCC	40
Ablation d'une tumeur bénigne du sein sous anesthésie locale.....	30 KC	
Mastectomie partielle ou totale.....	50 KC	
Mastectomie partielle ou totale avec curage axillaire.....	100 KCC	60
Même intervention avec curage mammaire interne, en supplément.....	30 KCC	15
Même intervention avec curage sus-claviculaire, en supplément.....	30 KCC	15
Reconstruction du sein avec lambeau cutané.....	100 KCC	40
Reconstruction du sein avec lambeau musculo-cutané du grand droit de l'abdomen y compris la lipectomie éventuelle de la paroi abdominale et la réparation musculo-aponévrotique.....	205 KCC	110
Reconstruction du sein avec lambeau musculo-cutané du grand dorsal.....	105 KC	60

Ces trois actes ne sont pas cumulables entre eux.

Reconstruction de la plaque aréolo-mamelonnaire.....	60 KCC	30
--	--------	----

Traitement chirurgical de l'ombilication du mamelon.....	30 KCC	
Remodelage du sein controlatéral.....	100 KCC	40
Pose d'un repère pour micro-calcification(s), détectée(s) par mammographie, incluant l'hameçon.....	20	
Mise en place d'une prothèse mammaire (après mastectomie ou agénésie mammaire) ou remplacement d'une prothèse mammaire dont l'ablation est liée à un état pathologique.....	60 KCC/AP	30
Le remplacement inclut, par définition, l'ablation d'une ancienne prothèse.		
Ablation liée à un état pathologique d'une prothèse mammaire, sans remplacement.....	45 KCC/AP	30

Macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif...), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage échographique. L'indication doit être posée par une unité de concertation pluridisciplinaire. Pour cet acte, l'article 11 B des dispositions générales ne s'applique pas pour l'échoguidage KE 22 K 40.

Chapitre II - Paroi thoracique

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

Chapitre III - Plèvre - poumons

Article 1er - Explorations fonctionnelles respiratoires

Arrêté ministériel n° 2001-303 du 1er juin 2001 ; Arrêté ministériel n° 2002-414 du 8 juillet 2002

Toutes les cotations ci-dessous comprennent la rédaction de conclusions ; le contrôle médical a le droit d'exiger du médecin la communication des tracés et doit les lui renvoyer.

La mesure de l'oxymétrie et de la capnimétrie réalisée par autotest(s) ne peut donner lieu à cotation.

Mesures isolées de l'oxymétrie et de la capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris) précisant, outre les résultats, les indications de l'examen et l'origine du prélèvement, avec un maximum de deux cotations par jour	19
Spirographie complète avec mesures multiples de la capacité vitale, du VEMS, détermination du volume résiduel de la ventilation maximale et de la consommation du volume d'oxygène et éventuellement épreuve pharmacodynamique qualitative	30
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	45
Même examen que la spirographie complète sans mesure du volume résiduel	18
Même examen que le précédent avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	35
Épreuve quantitative aux agents pharmacodynamiques ou de provocation aux allergènes comportant une mesure du seuil de réactivité	22
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	36
Épreuve d'exercice de trois à dix minutes à puissance constante et mesurable, avec enregistrement de la ventilation et de la consommation d'oxygène avant, pendant et après l'exercice	18
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	32
Exercice de quinze minutes ou plus, à puissance constante et croissante, avec période témoin de cinq minutes avant et période de récupération de cinq minutes, avec enregistrement de la ventilation, de la consommation d'oxygène et du rejet de CO ₂ pendant l'épreuve	36
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	50
Mesure du transfert du CO ₂ en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration	18
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	32
Mesure du transfert du CO en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration, avec épreuve d'exercice	27
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	40
Mesure de la ventilation alvéolaire et étude des échanges pulmonaires par prélèvement simultané du gaz expiré et de sang artériel (prélèvements et dosages compris)	36
Adaptation à l'oxygénothérapie dans le cadre d'une insuffisance respiratoire chronique grave : mise en route et surveillance au cours des vingt-quatre premières heures, avec un minimum de deux mesures de l'oxymétrie et de capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	36
Étude de la mécanique ventilatoire :	

Par barographie oesophagienne comportant l'établissement de courbes volume-pression, avec étude des propriétés statiques du poumon, mesure de la compliance dynamique et du travail ventilatoire	27
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	40
Par pléthysmographie de la ventilation pulmonaire y compris mesures des volumes, des débits de la capacité résiduelle fonctionnelle et de la résistance des voies aériennes y compris éventuellement la spirométrie complète	40
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	55
Par la mesure de la résistance des voies aériennes, par l'interruption du courant aérien ou par oscillation	15
Même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	30

Article 2 - Examens des troubles du sommeil

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Les examens des troubles du sommeil sont pris en charge dans le cadre du diagnostic, du contrôle et de l'adaptation du traitement du syndrome des apnées du sommeil et, en ce qui concerne l'enregistrement polysomnographique, dans le cadre du diagnostic de la narcolepsie, avec ou sans cataplexie. Ils comprennent trois heures minimum d'enregistrement comportant la totalité des voies interprétables simultanément.	
Ils font l'objet d'un compte rendu adressé au contrôle médical sur sa demande ; un archivage du signal brut est réalisé.	
L'appareillage permet le scoring et la rectification de l'analyse automatique.	
Un examen de contrôle peut être effectué à l'issue d'un délai de trois mois. Un examen annuel de contrôle peut être éventuellement pris en charge.	
Tout examen supplémentaire, motivé par une évolution clinique inhabituelle, doit faire l'objet d'une demande d'accord préalable.	
Enregistrement polygraphique ventilatoire	43
Enregistrement nocturne d'une durée minimale de six heures, associant une mesure de la saturation artérielle en oxygène effectuée par oxymétrie, une mesure de flux aérien naso-buccal, une mesure des efforts respiratoires et éventuellement une mesure de la position corporelle.	
Le compte rendu doit comporter la durée de l'enregistrement (heures de début et de fin), le nombre d'apnées et d'hypopnées par heure (durée moyenne et durée maximale), le pourcentage respectif des événements obstructifs, centraux et mixtes, le nombre de désaturations, la saturation minimum, le temps passé avec une saturation inférieure à 90 %.	
Enregistrement polysomnographique	71
Outre les enregistrements prévus dans le cadre de la polygraphie, cet examen doit comporter un électroencéphalogramme (une dérivation), un électroculogramme (une dérivation), un électromyogramme (une dérivation).	

Le compte rendu doit mentionner, en sus des éléments indiqués pour l'examen polygraphique ventilatoire, le temps total de sommeil, les pourcentages respectifs des différents stades, le nombre d'éveils et le nombre de changement de stade.

Article 3 - Actes de chirurgie

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Création, insufflation ou exsufflation de pneumothorax	10	
Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique)	4	
Pleuroscopie (à but diagnostique ou thérapeutique).	40	
Symphyse provoquée (y compris la pleuroscopie et suites opératoires)	40 KC	
Ponction évacuatrice de la plèvre (avec ou sans lavage)	12	
Ponction biopsie de la plèvre avec évacuation pleurale	15	
Aspiration ou drainage endo-cavitaire	20	
Pleurotomie simple	20 KC	
Pleurotomie avec résection costale	30 KCC	
Pneumotomie, spéléotomie, en un ou plusieurs temps	100 KCC	50
Thoracotomie	100 KCC	50
Thorocolaparotomie	120 KCC	60
Traitement par thoracotomie des lésions pariétales et pulmonaires dans les traumatismes graves du thorax	150 KCC	70
Décortication pleurale	150 KCC	70
Ablation d'un segment ou d'un poumon	150 KCC	70
Ablation d'un ou plusieurs lobes et de plusieurs segments dans les lobes différents	180 KCC	70
Traitement en un temps par une seule voie d'abord de lésions dans les deux poumons	200 KCC	70
Traitement par exérèse simultanée de lésions septiques pulmonaires et pleurales avec décortication	250 KCC	90
Pneumonectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal	250 KCC	90
Lobectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal	250 KCC	90

Chapitre IV - Médiastin

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; Arrêté ministériel n° 2002-414 du 8 juillet 2002

Pneumomédiastin (clichés radiographiques non compris).....	30	
Médiastinoscopie, oesophagoscopie, oesofibroscopie, bronchoscopie.....	30	
Avec biopsie.....	40	
Bronchoscopies itératives, bronchoaspiration dans un but thérapeutique.....	20	
Injection intrabronchique dans un but diagnostique ou thérapeutique, anesthésie comprise.....	15	
Fibroscopie bronchique avec ou sans biopsie.....	50	
Extraction d'un corps étranger oesophagien, trachéal ou bronchique	80 KC	30
Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez l'enfant de moins de trois ans.....	100 KC	30
Traitement chirurgical des lésions médiastinales.....	150 KCC	90
Résection de l'innervation pulmonaire, cardiaque ou péri-vasculaire.....	120 KCC	50
Réparation par suture, anastomose, plastie ou greffe d'une bronche ou de la trachée.....	200 KCC	110
Résection anastomose de la trachée avec mobilisation de la masse viscérale endo-thoracique.....	250 KCC	130
Dilatation oesophagienne, par séance.....	5	
Mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne pour tumeur de l'œsophage, oesophagoscopie comprise.....	80 KC	30
Chirurgie des lésions de l'œsophage thoracique sans suppression de la continuité.....	150 KCC	70
Résection segmentaire ou totale de l'œsophage avec rétablissement immédiat de la continuité, oesophagoplastie intra ou extra thoracique en un ou plusieurs temps.....	250 KCC	130
Traitement de l'atrésie oesophagienne chez le nouveau-né.....	250 KCC	130

Toutes sections, sutures, anastomoses portant sur les gros vaisseaux intrathoraciques pour lésions acquises ou congénitales.....	250 KCC	30
Sans greffe.....	250 KCC	110
Avec greffe.....	300 KCC	130
Traitement de hernie ou éventration diaphragmatique par voie thoracique ou thoraco-abdominale.....	150 KCC	70

Chapitre V - Cœur - péricarde

Article 1er - Électrocardiographie

Arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999 ; Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Électrocardiogramme d'au moins douze dérivations.....	6,5
Pour un patient non hospitalisé cet acte est cumulable avec la consultation (C ou Cs) ou la visite (V ou Vs), à l'exclusion de toute cotation d'acte supplémentaire, sauf celle prévue à l'article 11, A, a, des Dispositions générales.	
Pour un patient hospitalisé cet acte est cumulable, dans les mêmes conditions que ci-dessus, avec un CX 0,80 ou un Cs X 0,80.	
Supplément pour examen pratiqué au domicile du malade (en dehors de tout établissement de soins)	5
Électrocardiogramme et mesure des pressions intra-cardiaques ou intravasculaires pratiqués au cours d'une intervention	50
Électrocardiogramme peropératoire en dehors de la chirurgie cardiaque	30
Ces deux derniers actes ne sont cotables que s'ils sont pratiqués par un praticien autre que le chirurgien ou l'anesthésiste.	
Électrocardiogramme continu de longue durée (HOLTER) d'une durée minimum de 24 heures avec établissement d'un compte rendu détaillé	40
Électrocardiogramme avec épreuve d'effort dans une salle disposant des moyens nécessaires à la réanimation ^[1]	40
Réadaptation à l'effort des patients atteints de pathologies cardiaques dans une salle disposant des moyens nécessaires à la réanimation avec un maximum de vingt séances, sur accord préalable ^[1] .	
La séance	15

Article 2 - Autres enregistrements cardiaques

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Enregistrement d'un phonomécanogramme sur enregistreur d'au moins quatre pistes comportant une dérivation électrocardiographique de référence, l'enregistrement du son d'au moins cinq foyers en basse, moyenne et haute fréquence, l'enregistrement d'au moins trois courbes mécanographiques, l'établissement d'un compte rendu détaillé	20
--	----

Supplément pour épreuves pharmaco-dynamiques faites en milieu disposant de moyens nécessaires à la réanimation	20
Acte de surveillance d'un malade porteur d'un stimulateur cardiaque interne comprenant la prise des divers enregistrements, dont les électrocardiogrammes, avec épreuves physiologiques d'accélération et de ralentissement de la fréquence cardiaque, manœuvres magnétiques et électromagnétiques modifiant le fonctionnement du stimulateur, étude oscilloscopique et électronique des impulsions délivrées par le stimulateur à l'aide d'une période mètre d'une précision d'au moins un dixième de milliseconde et d'un oscilloscope pour photoanalyse de l'impulsion avec enregistrement photographique	25

Article 3 - Surveillance monitorée

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

Article 4 - Interventions sur le cœur et le péricarde

Ponction du péricarde	15	
Suture d'une ou plusieurs plaies du cœur ou du péricarde	200 KCC	100
Péricardectomie	250 KCC	110
Mise en place d'un stimulateur électrosystolique avec électrode épicaudique	150 KCC	60
Changement de boîtier	50 KCC	

Toute intervention portant sur un appareil valvulaire	200 KCC	110
Toute intervention portant sur le myocarde, ouvrant ou non une ou plusieurs cavités du cœur	250 KCC	130
Opération de revascularisation du myocarde par tunellisation (type Vineberg) :		
Avec une artère	250 KCC	110
Avec deux artères	300 KCC	130

Article 5 - Interventions nécessitant une circulation extracorporelle

Mise en place de la circulation extracorporelle avec canulations, en supplément de l'acte thérapeutique	150 KCC
Intervention portant sur un seul orifice, une seule cavité ou une seule artère coronaire	200 KCC
Pour une deuxième lésion, en supplément	100 KCC
Pour une troisième lésion, en supplément (par dérogation aux dispositions générales, articles 11 B - 1)	100 KCC
Supplément pour renforcement de l'équipe chirurgicale par un second chirurgien	150 KCC
Actes d'anesthésie-réanimation de chirurgie cardiaque :	
Anesthésie-réanimation comprenant la visite préopératoire, l'ensemble des soins et des actes pré et per-opératoires, la surveillance électrocardioscopique, l'électroencéphalogramme, la mise en place éventuelle d'une sonde de Swan-Ganz, la mesure des pressions intracardiaques et/ou intravasculaires, per-opératoire et la surveillance de la post-réanimation à partir de J 4, pour l'équipe	250 KC
Cet acte n'est pas cumulable avec l'électroencéphalogramme prévu pendant la durée d'une intervention de chirurgie endo-thoracique, au titre III, chapitre I, article 1er.	
Réanimation, comprenant tous les actes de surveillance et de réanimation, notamment la surveillance continue des fonctions vitales, la mesure des gaz du sang et les tracés d'électrocardiogramme nécessités par l'état du malade :	
- du jour de l'intervention J 0 et J 3 inclus, pour l'équipe	250
- à compter de J 4, pour un patient présentant une ou plusieurs défaillances vitales prolongées, pour l'équipe avec un maximum de dix jours, par jour	50
Les actes non couverts par les forfaits ci-dessus, nécessités par l'état de santé du patient et effectués par des médecins n'appartenant pas à l'équipe d'anesthésie-réanimation, peuvent donner lieu à cotation dans les conditions prévues par l'article 11-B des dispositions générales.	
Surveillance de la circulation extracorporelle, sans hémofiltration	150 KC
Surveillance de la circulation extracorporelle, avec hémofiltration	180 KC
La cotation de la surveillance de la circulation extracorporelle est forfaitaire quel que soit le nombre de médecins intervenants : elle	

comprend l'examen préalable à la circulation extracorporelle, la surveillance et la conduite de celle-ci, la protection myocardique, l'hémodilution et la récupération per-circulation extracorporelle, à l'exclusion de la récupération per-opératoire, filtration et réinjection avec lavage du sang épanché, qui est cotée dans les conditions prévues par la nomenclature.

Titre VIII - Actes portant sur l'abdomen

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Chapitre Ier - Actes de diagnostic

Réalisation d'un pneumopéritoine ou non suivi de laparoscopie.....	10
Réalisation d'un rétropneumopéritoine.....	15
Laparoscopie :	
Simple.....	30
Avec biopsie.....	40
Injection isolée pour spléno-portographie, portographie directe ou phlébographie sus-hépatique, avec ou sans manométrie.....	30
Injection isolée d'un produit de contraste dans un viscère ou dans un vaisseau du système porte, ou dans un vaisseau sus-hépatique, avec ou sans manométrie.....	30
Par cathétérisme de la veine ombilicale.....	50

Chapitre II - Paroi abdominale, grande cavité péritonéale

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Ponction de l'abdomen		
Traitement chirurgical d'une hernie de l'aîne (inguinale, crurale ou inguino-crurale), étranglée ou non, à ciel ouvert.....	82	10 KCC 35
Traitement chirurgical d'une hernie de l'aîne (inguinale, crurale ou inguino-crurale), étranglée ou non, par voie coelioscopique	82	KCC 45
Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aîne, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord.....	50	KCC
Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aîne, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord.....	82	KCC 35
Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie.....	50	KCC

Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie.....	82	KCC 35
Traitement chirurgical d'une hernie étranglée ou d'une éventration étranglée avec résection intestinale.....	120	KCC 60
Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéale, à ciel ouvert.....	75	KCC 40
Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales, par voie coelioscopique.....	75	KCC 50
Lipectomie étendue de la paroi abdominale pour abdomen en besace, incluant le temps musculaire éventuel	110	KCC/AP 60
Cette cotation n'est pas cumable avec les cotations ci-dessus relatives au traitement chirurgical des hernies et des éventrations.		
Laparotomie ^[2] :		
Exploratrice, évacuatrice.....	50	KCC
D'urgence pour hémorragie, occlusion, torsion plaie ou contusion, perforation autre que celle de l'appendice.....	80	KCC 60
Dialyse péritonéale :		
Pose d'un cathéter permanent.....	30	
Surveillance d'une séance de dialyse péritonéale périodique par un médecin présent en permanence, y compris les interventions pour incidents ou accidents éventuels.....	20	
Séance de dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aiguë (y compris la pose et le changement de cathéter). Cette cotation s'ajoute à celles prévues au titre XV (Actes divers), chapitre II (Réanimation continue).....	50	
Dérivation péritonéo-veineuse (Méthode de Le Veen) dans le traitement d'une ascite.....	150	KCC 50

Chapitre III - Estomac et intestin

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Les actes de fibroscopie digestive doivent donner lieu à l'établissement d'un compte rendu détaillé.

Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux	10
Gastroskopie.....	30
Avec biopsie.....	40
Gastrobiopsie par sonde à aspiro-section	10

Endofibroscopie oesogastro-duodénale, avec ou sans biopsie(s), avec ou sans ablation d'une tumeur bénigne.....	50	
Endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique.....	100	
Biopsie du grêle par sonde à aspiro-section, y compris le contrôle radioscopique.....	30	
Transit du grêle par intubation.....	30	
Rectosigmoïdocolofibroscopie jusqu'à l'angle gauche ou jusqu'à l'angle droit, avec ou sans biopsie(s).....	30	
Rectosigmoïdocolofibroscopie jusqu'à l'angle gauche ou jusqu'à l'angle droit, avec ou sans biopsie(s), avec ablation d'un ou plusieurs polype(s).....	50	
Rectosigmoïdocolofibroscopie totale, au-delà de l'angle droit, avec ou sans biopsie(s).....	80	
Rectosigmoïdocolofibroscopie totale, au-delà de l'angle droit, avec ou sans biopsie(s), avec ablation d'un ou plusieurs polype(s).....	100	
Lavage d'estomac.....	10	
Changement de sonde à demeure (type gastrostomie).....	5	
Traitement d'une perforation d'ulcère gastroduodénal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours).....	15	
Aspiration continue et rééquilibration hydroélectrolytique concomitante pour occlusion intestinale suivie ou non d'intervention, par jour.....	10	
Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par le coefficient global de cette intervention. Ouverture ou abouchement à la peau d'un viscère digestif.....	60	KCC 30
Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux ou d'autres lésions de l'estomac par gastrectomie des deux tiers ; vagotomie accompagnée de pyloroplastie, de gastro-entérostomie ou d'antrectomie.....	150	KCC 80
Gastrectomie totale.....	200	KCC 110
Gastrectomie élargie avec splénectomie ou pancréatectomie partielle	250	KCC 110
Intervention itérative sur l'estomac comportant dégastro-entérostomie plus gastrectomie.....	200	KCC 110

Traitement chirurgical des fistules cutanées des viscères creux.....	100	KCC 35
Toute anastomose entre deux viscères ou deux segments de viscères digestifs.....	100	KCC 75
Traitement chirurgical des anomalies anatomiques ou fonctionnelles de la jonction gastrooesophagienne ou du diaphragme.....	150	KCC 75
Traitement chirurgical de la sténose hypertrophique du pylore.....	80	KCC 35
Résection segmentaire du grêle.....	100	KCC 60
Laparotomie pour syndrome occlusif ou péritonéal du nouveau-né (y compris le traitement des lésions viscérales éventuelles).....	150	KCC 90
Traitement de l'invagination intestinale par lavement baryté (sous contrôle radiographique, toute surveillance comprise, avec clichés).....	30	
Ablation de l'appendice : Appendicectomie à ciel ouvert.....	70	KCC
Appendicectomie par voie coelioscopique ou coelio-assistée.....	70	KCC 35
Ablation du diverticule de Meckel.....	60	KCC 30

Hémi-colectomie droite, colectomie segmentaire transverse, hémi-colectomie gauche, colectomie sigmoïdienne, avec rétablissement immédiat de la continuité, colostomie de décharge éventuelle incluse	200 KCC 120
Hémi-colectomie droite, colectomie segmentaire transverse, hémi-colectomie gauche, colectomie sigmoïdienne, sans rétablissement immédiat de la continuité, colostomie incluse.....	120 KCC 75
Les deux cotations ci-dessus comprennent, le cas échéant, la résection de la charnière rectosigmoïdienne, l'ablation des mésos et l'ablation des relais ganglionnaires. Colectomie totale avec rétablissement de la continuité.....	300 KCC 150
Colectomie totale sans rétablissement de la continuité, iléostomie incluse.....	250 KCC 130

Chapitre IV - Foie, voies biliaires, pancréas

Cholécystotomie ou cholécystostomie.....	60 KC 30
Cholécystectomie par laparotomie, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés pratiqués par le chirurgien.....	120 KCC 55
Cholécystectomie, par voie coelioscopique, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés - pratiqués par le chirurgien	120 KCC 65
Cholédocotomie ou hépaticotomie avec ou sans cholécystectomie.....	150 KCC 90

Majoration pour intervention itérative sur les voies biliaires.....	30 KCC 20
Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de sa continuité.....	200 KCC 110
Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale.....	150 KCC 60
Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle.....	200 KCC 90
Anastomose bilio-digestive sur un canal biliaire hilaire ou intra-hépatique y compris les anastomoses viscérales complémentaires.....	250 KCC 130
Chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de Vater.....	100 KCC 60
Drainage d'un abcès du foie.....	60 KCC 30
Traitement par laparotomie des kystes hydatiques du foie.....	100 KCC 30
Traitement des lésions étendues, complexes ou multiples du foie nécessitant une thoracophréno laparotomie	200 KCC 110
Résection segmentaire du foie.....	120 KCC 40
Hépatectomie réglée.....	250 KCC 130
Traitement des lésions localisées, enkystées ou fistulisées du pancréas.....	150 KCC 90
Majoration pour injection peropératoire dans les canaux excréteurs d'un produit de contraste pour prise de clichés avec ou sans manométrie.....	20 KCC 10
Injection postopératoire dans les canaux excréteurs d'un produit de contraste pour prise de clichés avec manométrie.....	10 KC
Duodéno-pancréatectomie (y compris les anastomoses viscérales nécessaires).....	300 KCC 150
Toute anastomose chirurgicale entre le système porte et le système cave (y compris l'injection pour la splénoportographie et la prise de pressions pendant l'intervention).....	250 KCC 130
Prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate pour examen.....	10

Chapitre V - Rate, surrénales

Traitement chirurgical des lésions de la rate.....	100 KCC 60
Surrénalectomie avec ou sans résection nerveuse, avec ou sans décapsulation rénale, en dehors de la néphrectomie.....	150 KCC 60

Chapitre VI - Rectum et anus

Rectoscopie ou rectosigmoïdoscopie :	
Simple.....	10

Avec biopsie.....	15
Biopsie musculaire du rectum, rectotomie.....	20
Traitement des anomalies congénitales de l'abouchement rectal :	
Par voie basse.....	80 KCC 35
Par voie haute ou combinée.....	200 KCC 110
Résection d'un prolapsus rectal.....	50 KCC
Traitement des prolapsus rectaux par voie haute et basse.....	100 KCC 60
Traitement chirurgical du mégacolon par résection colique, avec abaissement du bout proximal par voie périnéale ou transanale.....	200 KCC 110
Amputation ou résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, colostomie incluse.....	200 KCC 110
Résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, avec rétablissement de la continuité, colostomie de décharge éventuelle incluse.....	300 KCC 150
Les deux cotations ci-dessus comprennent, le cas échéant, l'ablation des mésos et des relais ganglionnaires.	
Résection du rectum par voie périnéale ou sacrée.....	150 KCC 75
Rétablissement de la continuité après une intervention antérieure ayant comporté une résection recto-colique ou colique large.....	200 KCC 110
Traitement par voie basse des lésions traumatiques de l'anus ou du rectum, extraction de corps étranger nécessitant une anesthésie.....	20 KC
Traitement des lésions traumatiques complexes du périnée.....	60 KCC 30
Reconstitution du sphincter anal par plastie musculaire, en cas d'incontinence ou d'insuffisance.....	100 KCC 30
Sphinctéroplastie avec anoplastie muqueuse.....	50 KC 30
Traitement par laparotomie des tumeurs bénignes du rectum ou du sigmoïde.....	60 KCC
Intervention sous endoscopie :	
Ces interventions endoscopiques d'exérèse sont pratiquées sous atmosphère d'azote : le coefficient de l'acte comporte l'endoscopie.	
Ablation des tumeurs bénignes du canal anal.....	10
Ablation d'une tumeur bénigne du rectum proprement dit.....	20
Ablation par électrocoagulation de la papillomatose du canal et de la marge de l'anus.....	20
Ablation d'une tumeur bénigne du rectum par électrocoagulation.....	30
Ablation d'une tumeur bénigne du sigmoïde.....	40
Abcès et fistules :	

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

Titre IX - Appareil urinaire

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Chapitre Ier - Endoscopie

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Les actes d'exploration ne donnent pas lieu à honoraires lorsqu'ils entraînent dans la même séance un acte thérapeutique endoscopique qui est seul coté.

Cystoscopie ou urétrocystoscopie d'exploration ou de contrôle : Chez la femme.....	10
Chez l'homme et l'enfant.....	20
Mise en place d'une sonde urétérale pour investigation ou drainage : Cathétérisme unilatéral : Chez la femme.....	20
Chez l'homme et l'enfant.....	30
Cathétérisme bilatéral : Chez la femme.....	30
Chez l'homme et l'enfant.....	40
Interventions endoscopiques (sauf exceptions ci-après) : Chez la femme.....	40
Chez l'homme et l'enfant.....	50

Ablation d'un tuteur endo-urétéral double crosse : Chez la femme.....	10
Chez l'homme et l'enfant.....	20
Électrocoagulation endoscopique pour tumeurs vésicales : La première séance : Chez la femme... Chez l'homme et l'enfant... Les séances suivantes (maximum trois dans les douze mois) : Chez la femme.....	50 30 60 30 20
Chez l'homme et l'enfant.....	30
(Lorsque des séances supplémentaires s'imposent, l'accord préalable est nécessaire pour chacune d'elles.) Résection endoscopique de tumeurs vésicales avec examen anatomo-pathologique (en cas de nouvelle intervention dans les douze mois, voir : électrocoagulation endoscopique).....	80 KCC 30
Résection endoscopique du col vésical, d'un adénome périurétral ou d'un néoplasme prostatique (ligature éventuelle des canaux déférents comprise).....	120 KCC 60
(En cas de résection itérative au-delà du 20e jour, accord préalable exigé.) Extraction des calculs par la voie naturelle à l'aide d'un urétéro-néphroscope : Intervention intéressant les uretères.....	80 KCC 40
Intervention au niveau du bassin et des calices.....	120 KCC 60
Cystométrie sous perfusion avec enregistrement graphique, enregistrement des courbes de pression dans le haut appareil avec protocole et tracés.....	20
Ce coefficient s'ajoute à celui de l'endoscopie proprement dite, sans application des dispositions de l'article 11 des dispositions générales.	

Chapitre II - Actes liés à la technique de l'hémodialyse

Arrêté ministériel n° 2003-218 du 31 mars 2003

Surveillance d'une séance d'hémodialyse, par un médecin présent en permanence, y compris les interventions pour incidents ou accidents éventuels	17,5
Séance d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë :	
Pendant les quinze premiers jours.....	100
Au-delà du quinzième jour.....	20
Cet honoraire peut s'ajouter aux honoraires prévus au titre XV (Actes divers).	
Création d'une fistule artério-veineuse par anastomose directe.....	100 KCC 30
Création d'une fistule artério-veineuse avec interposition d'un greffon (prélèvement du greffon compris) ou d'une prothèse.....	150 KCC 50
Mise en place de deux canules pour fistule artérioveineuse, repose d'une ou deux canules.....	80 KCC 35
Désobstruction en dehors de la séance de dialyse :	
- Simple.....	10 KC

Avec utilisation de la sonde de Fogarty.....	30 KC
--	-------

Chapitre III - Reins

Ponction exploratrice de kystes du rein, du bassin, biopsie rénale, par voie transcutanée.....	30
Lombotomie exploratrice.....	50 KCC
Incision et drainage d'un phlegmon périnéphrétique.....	60 KCC 30
Néphropexie ou biopsie rénale par lombotomie, ou décapsulation.....	60 KCC 30
Traitement opératoire de l'événement lombaire.....	80 KCC 30
Néphrectomie.....	100 KCC 40
Néphrectomie partielle, néphrectomie secondaire ou élargie	120 KCC 160
Néphrectomie par voie thoraco-phrénico-abdominale ou néphro-urétérectomie totale.....	150 KCC 90
Néphrostomie, pyélotomie avec ou sans néphrostomie, traitement conservateur des kystes du rein.....	80 KCC 30
Pyélotomie itérative, ou opération plastique sur le bassin et la jonction pyélo-urétérale, avec ou sans néphrostomie.....	100 KCC 50
Néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie.....	120 KCC 60
Intervention itérative, en supplément.....	20 KCC 10
Section de l'isthme d'un rein en fer à cheval, avec ou sans néphrectomie	120 KCC 60
Injection peropératoire dans les voies excrétrices d'un produit de contraste pour prise de clichés, en supplément.....	20 KCC 10

Chapitre IV - Urètre

Urétérotomie lombaire, urétérolyse.....	80 KCC 40
Urétérostomie cutanée.....	80 KCC 30
Urétérotomie pelvienne, urétérotomie secondaire totale.....	100 KCC 50
Urétéro-lithotomie itérative, en supplément.....	20 KCC 10
Abouchement d'un urètre dans l'intestin en place.....	100 KCC 50
Urétérorraphie termino-terminale, cure d'une fistule cutanée de l'urètre.....	100 KCC 40
Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie antireflux, implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé.....	150 KCC 90
Urétérostomie cutanée transintestinale.....	200 KCC 90

Réalisation d'un dispositif antireflux vésico-urétéral.....	100 KCC 40
---	------------

Chapitre V - Vessie

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Cathétérisme pour rétention d'urine.....	5
Pose de sonde vésicale à demeure.....	5
Changement de sonde à demeure (type cystostomie).....	5
Ponction sus-pubienne pour cystographie.....	15
Cystotomie, cystotomie sus-pubienne, lithothrotrite.....	60 KC
Taille avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée.....	80 KCC
Exérèse par cystectomie partielle d'une tumeur vésicale avec examen anatomo-pathologique.....	120 KCC 60
Cystectomie totale : Avec abouchement des uretères à la peau.....	200 KCC 90
Avec réimplantation des uretères dans l'intestin.....	250 KCC 110
Cystectomie totale avec remplacement par greffon intestinal.....	300 KCC 150
Exérèse des diverticules vésicaux avec ou sans résection du col.....	150 KCC 60
Cure opératoire des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines ou vésico-rectales, quelles que soient leur taille et la technique.....	120 KCC 60
Intervention pour récurrence, en supplément.....	20 KCC 10
Fermeture de fistule vésico-cutanée.....	40 KCC
Résection isolée du col à vessie ouverte avec ou sans ligature des canaux déférents.....	120 KCC 50
Chirurgie de l'extrophie vésicale :	
Ablation simple de la plaque vésicale.....	100 KCC 35
Reconstitution simple de la vessie.....	100 KCC 35
Reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif antireflux et ostéotomie iliaque.....	300 KCC 130
Retouche ultérieure.....	50 KCC
Traitement chirurgical de l'incontinence chez la femme ou chez l'homme quelle que soit la technique.....	80 KCC 35
Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie.....	250 KCC 130
Taille vésicale pour curiethérapie (curiethérapie non comprise).....	60 KCC
Étude urodynamique du bas appareil urinaire : enregistrement des pressions vésicales de remplissage et de miction, enregistrement de la poussée abdominale, débiométrie.....	40

Même étude avec électromyographie.....	50
--	----

La débimétrie mictionnelle effectuée isolément ne peut donner lieu à cotation.

Chapitre VI - Urètre

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000

Injection de produit de contraste pour urétrocystigraphie rétrograde.....	10	
Dilatation de l'urètre pour rétrécissement de toute origine, chaque séance.....	10	
Meatotomie.....	20 KCC	
Urétrotomie interne.....	20 KCC	
Urétrotomie externe ou urétrostomie.....	60 KCC	
Section à ciel ouvert de valvules congénitales de l'urètre postérieur, urétrotomie externe avec mise à plat d'un rétrécissement.....	80 KCC	30
Traitement opératoire du phlegmon péri-urétal diffus gangreneux (infiltration d'urine).....	60 KCC	30
Cure de fistule périnéale avec ou sans urérectomie (dérivation comprise).....	120 KCC	50
Temps périnéal du traitement chirurgical des fistules uréthro-rectales acquises.....	120 KCC	50
Reconstitution de l'urètre (ensemble du traitement).....	120 KCC	
Premier temps.....	40	
Les autres.....	25	
Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral.....	30 KCC	

Titre X - Actes portant sur l'appareil génital masculin

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Chapitre Ier - Verge

Opération d'ordre thérapeutique pour phimosis après le premier mois.....	30 KCC	
Réduction sanglante du paraphimosis.....	10 KCC	
Section ou plastie chirurgicale du frein.....	10 KCC	
Traitement chirurgical du priapisme.....	20 KCC	
Électrocoagulation de papillomes génitaux externes, du gland et du méat :		

Tumeur unique.....	10	
Tumeurs multiples.....	20	
Traitement de l'hypospadias balanique.....	60 KCC	
Chaque retouche ultérieure.....	40 KCC	
Traitement de l'hypospadias périnéal ou pénien.....	100 KCC	30
Chaque retouche ultérieure.....	40 KCC	
Traitement de l'épispadias.....	100 KCC	30
Chaque retouche ultérieure.....	40 KCC	
Amputation partielle de la verge.....	60 KCC	
Amputation totale de la verge avec évidemment ganglionnaire uni ou bilatéral	120 KCC	60

Chapitre II - Prostate et vésicules séminales

Ponction biopsique de la prostate.....	20	
Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale.....	50 KCC	
Prostatectomie pour adénome en un seul temps, quel que soit le mode opératoire (ligature éventuelle des déférents comprise)	120 KCC	70
Prostatectomie suivant une cystostomie, ligature éventuelle des déférents comprise.....	80 KCC	40
Prostato-vésiculectomie totale, avec suture urétrovésicale et curage ganglionnaire ilio-pelvien bilatéral (ligature des déférents comprise).....	210 KCC	110
Ablation des vésicules séminales chez l'adulte.....	120 KCC	50

Chapitre III - Bourses

Chirurgie isolée du canal déférent :		
Ligature, section, résection, cathétérisme.....	20 KCC	
Biopsie testiculaire.....	20	
Castration avec ablation des relais lymphoganglionnaires abdominaux du testicule.....	150 KCC	60

Cure opératoire du kyste du cordon ou de l'hydrocèle.....	40 KCC	
Cure opératoire de la torsion du testicule ou de ses annexes, castration, orchidectomie ou épидидymectomie unilatérale.....	40 KCC	
Cure opératoire de l'ectopie testiculaire ou du varicocèle (cure éventuelle de la hernie comprise).....	60 KCC	
Intervention plastique unilatérale pour stérilité, portant sur l'épididyme, le déférent ou les deux, quelle que soit la technique.....	100 KCC	30

Chapitre IV - Actes liés à l'assistance médicale à la procréation (AMP)

Arrêté ministériel n° 2000-359 du 27 juillet 2000

Les conditions de prise en charge des actes liés à l'assistance médicale à la procréation sont celles fixées au chapitre III du titre XI de la deuxième partie de la nomenclature.

Prélèvement de spermatozoïdes par ponction transcutanée au niveau des testicules ou des voies génitales, sur un ou plusieurs sites au cours de la même séance :	
- par séance.....	KC 40
Prélèvement chirurgical de spermatozoïdes, au niveau des testicules ou des voies génitales, sur un ou plusieurs sites au cours de la même séance :	
- par séance.....	KCC 60

Titre XI - Appareil génital féminin

Arrêté ministériel n° 2003-414 du 31 juillet 2003 ; titre remplacé par l'arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009

Chapitre I - En dehors de la Gestation

Article 1er - Interventions par voie basse

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

Article 2 - Suivi gynécologique réalisé par la sage-femme

Créé par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2014-566 du 25 septembre 2014

Désignation de l'acte	Lettre-clé	Coefficient
Prélèvement cervicovaginal (Prélèvement cervicovaginal pour frottis cytologique)	SF	4,1
Pose d'un dispositif intra-utérin	SF	13,7

Changement d'un dispositif intra-utérin	SF	13,7
Pose d'implant pharmacologique sous-cutané	SF	6
Pose d'implant contraceptif sous-cutané		

L'ablation seule d'un dispositif intra-utérin, par voie vaginale n'est pas facturable

Chapitre II - Actes liés à la Gestation et à l'accouchement

Section I - 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 45 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 :

1) les actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par :

- un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;
- un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique,

donnent 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 ;

2) les actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site ;
- un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;
- un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité ;

donnent lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celle des lettres-clés prévues à l'article 2 des dispositions générales.

Les majorations mentionnées ci-dessus se cumulent avec les modificateurs urgence U, P, S et F prévus au chapitre 19 de l'arrêté ministériel n° 2005-276 du 7 juin 2005 fixant les conditions de remboursement par les régimes d'assurance maladie des actes relevant de la Classification Commune des Actes Médicaux, modifié.

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.

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 examens pédiatriques imposés par un état pathologique postnatal : C ou CS.

Section II - Actes réalisés par les sages-femmes

Section remplacée par l'arrêté ministériel n° 2019-149 du 14 février 2019 ; modifiée par l'arrêté ministériel n° 2022-472 du 15 septembre 2022

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.

1° Notations propres à la sage-femme :

Bilan valorisant les missions de prévention des sages-femmes, réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24ème semaine d'aménorrhée.

Cet examen intègre notamment des informations sur le suivi de la femme enceinte en pré, per et post-partum, incluant le contact anténatal en vue de préparer la sortie de maternité, des informations sur la vaccination, toutes mesures de santé publique (tabac, conduites addictives,...) ainsi qu'une information relative au bilan buccodentaire du 4ème mois : 12,6 SF

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

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

- grossesse unique : 15,6 SF

- grossesse multiple : 22,6 SF

Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal. À réaliser à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux, sauf en cas d'urgence dûment justifiée dans le compte rendu). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur :

- grossesse unique : 12,5 SF

- grossesse multiple : 19,5 SF

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

2° 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 1^{er} 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.

- première séance pour la patiente ou le couple : 15 SF
- à partir de la deuxième séance :
- séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple : 12 SF
- séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple : 11,6 SF
- 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 : 6 SF

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

3° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J1 à J12 (J0 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.

4° Séances d'entretien et de suivi postnatal :

Il s'agit de séances individuelles ou collectives, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif.

Une séance d'entretien individuel doit être proposée :

- systématiquement de la 4^e à la 6^e semaine après l'accouchement. Cette séance, dite « entretien postnatal précoce » est obligatoire. Elle doit notamment permettre de détecter d'éventuelles difficultés psychiques chez la mère et doit avoir lieu préférentiellement à domicile ;
- de la 10^e à la 14^e semaine après l'accouchement aux femmes primipares ainsi qu'aux femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (antécédents de dépression, facteur de risque identifié lors des séances précédentes, en particulier lors de la séance d'entretien postnatal de la 4^e à la 6^e semaine après l'accouchement) ;
- les séances de suivi postnatal, individuelles ou collectives, sont réalisées dans la logique de prévention en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.

En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances d'entretien et de suivi postnatales ont pour objectifs :

1. De rechercher des difficultés et les facteurs de risques psychiques, en particulier de dépression du post-partum ;

2. De détecter les difficultés relationnelles avec l'enfant et de favoriser les liens d'attachement mère enfant en prodiguant des conseils pour certaines situations à risques ;
3. De s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
4. De compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
5. D'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité ;
6. D'informer sur les enjeux liés à l'impact de l'environnement sur la santé de l'enfant et les mesures concrètes à mettre en œuvre au domicile.

Ces séances doivent faire l'objet d'un compte rendu inscrit au dossier du patient. En tant que de besoin, celui-ci est adressé au médecin traitant.

Lorsque l'entretien postnatal de la 4^e à la 6^e semaine après l'accouchement est réalisé à domicile, le volet « santé environnement » s'attache à identifier les situations à risque et aider les parents à adopter des comportements sains pour leur santé et celle de leur bébé, et leur environnement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'entretien postnatal de la 4 ^e à la 6 ^e semaine après l'accouchement (Entretien postnatal précoce)		
- à domicile	14	SP
- au cabinet	12	
Séance d'entretien postnatal de la 4 ^e à la 6 ^e semaine (Entretien postnatal précoce) au cabinet	12	SP
Séance d'entretien postnatal de la 10 ^e à la 14 ^e semaine après l'accouchement au domicile		
- au domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance de suivi postnatal du 8 ^e jour à la 14 ^e semaine après l'accouchement		
- par patiente ou couple	9	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 2 ou 3 femmes ou couples	7	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 4 ou 6 femmes ou couples	6	SP

Au maximum, peuvent être pris en charge :

- un entretien postnatal systématique suivi d'un second entretien pour les femmes éligibles ;
- ainsi que deux séances de suivi postnatal (individuelle et/ou en collectif).

Titre XII - Actes portant sur le membre inférieur

Arrêté ministériel n° 98-633 du 31 décembre 1998

Chapitre Ier - Cuisse-jambe

Chapitre abrogé par l'arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009.

Chapitre II - Pied

Article 1er

Abrogé par l'arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009.

Article 2

Arrêté ministériel n° 2000-273 du 7 juin 2000 ; abrogé par l'arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009.

Article 3 - Actes de pédicurie

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

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 trente minutes	4	AP
Rééducation des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds, par séance d'une durée de trente minutes	6	AP
Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	2	AP
Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	3	AP
Pansement petit	0,75	
Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,25	
Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	2	
Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	1,50	
Traitement pédicural de cas pathologiques du domaine du pédicure (hygromas, onyxis, ect.) non justiciable d'un acte opératoire, suivant prescription médicale, pansement compris :		
Pour la première séance	2	
Pour les suivantes	1,5	

Article 4 - Actes de prévention de pédicurie-podologie

Créé par l'arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2013-327 du 8 juillet 2013 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2021-489 du 8 juillet 2021

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 5 séances de soins de prévention ; 2. Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 3 (*) comprenant 8 séances de soins de prévention pour un patient présentant une plaie du pied du patient diabétique en cours de cicatrisation, et 6 séances de soins de prévention pour un patient ne présentant pas de plaie du pied du patient diabétique.

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.

(*) 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 mono filament 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).

À 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 :		
- pour la première séance annuelle (*) :	1,19	POD
- pour les suivantes :	1	POD
(*) Sauf cas particulier d'un patient dont l'évaluation conduit à estimer qu'il n'est pas éligible à l'ensemble des séances du forfait de prévention (patients ne relevant ni du grade 2 ni du grade 3). Le pédicure-podologue informe le médecin assurant le suivi du patient et la séance initiale est dans ce cas cotée via la lettre-clé POD avec le coefficient 1. Les séances réalisées au-delà de cette séance initiale ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.		

Le pédicure-podologue justifiant d'un diplôme d'État obtenu à compter du 1er janvier 2010 est autorisé à facturer des séances de prévention.

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

- l'obtention d'un DU de diabétologie ;
- le suivi d'une formation sur le thème du pied du patient diabétique comportant :
 - * une formation théorique d'au moins deux jours, encadrée par une équipe multidisciplinaire d'animateurs et experts reconnus dans le domaine du pied du patient diabétique (contexte, enjeux, plaie diabétique et traitement) ;
 - * une formation pratique d'au moins deux 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 mentionné à l'article 3 du présent chapitre, n'est pas autorisée.

Titre XIII - Trouble mentaux

Titre modifié par l'arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997 ; par l'arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; Intitulé et titre remplacés par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement	10	K
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

Titre modifié, Arrêté ministériel n° 2000-603 du 27 décembre 2000 ; par l'Arrêté ministériel n° 2004-131 du 5 mars 2004 ; par l'arrêté ministériel n° 2007-245 du 11 mai 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2007-367 du 20 juillet 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-377 du 31 juillet 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2012-263 du 27 avril 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2012-635 du 25 octobre 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; arrêté ministériel n° 2003-671 du 12 décembre 2003 ; par l'arrêté ministériel n° 2015-429 du 8 juillet 2015 ; par l'arrêté ministériel n° 2018-850 du 6 septembre 2018 ; par l'arrêté ministériel n° 2019-609 du 18 juillet 2019 ; titre remplacé par l'arrêté ministériel n° 2021-597 du 2 septembre 2021

Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute ; le médecin, peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la procédure « d'accord préalable » lorsque le coefficient de l'acte est strictement supérieur à 8 ou, à compter de la 11^e séance, lorsqu'il s'agit de rééducation post-partum.

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

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

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

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

Chapitre Ier - Actes de diagnostic

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.

Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :

- pour un membre : 5 ;

- pour deux membres ou un membre et le tronc : 8,5 ;
- pour tout le corps : 10.

Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment :

- l'essentiel des déformations constatées ;
- le degré de liberté des articulations avec mesures ;
- éventuellement la dimension des segments des membres, etc.

Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.

Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :

- pour un membre : 5 ;
- pour deux membres : 10 ;
- pour tout le corps : 20.

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 (analyses 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 œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de 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.

La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire.

Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30e séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous : 10,7.

Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires : 10,8.

Chapitre II - Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles

Article 1er

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.

Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres : 9,5.

Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie d'un membre, y compris l'adaptation à l'appareillage :

- amputation de tout ou partie d'un membre : 7,5 ;

- amputation de tout ou partie de plusieurs membres : 9,5.

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.

Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis : 7,5.

Article 2 - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires.

Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...) :

- atteinte localisée à un membre ou le tronc : 8 ;

- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres : 9.

Article 3 - Rééducation de la paroi abdominale.

Rééducation abdominale préopératoire ou postopératoire : 8 ;

Rééducation abdominale du post-partum : 8.

Article 4

Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :	
- atteintes localisées à un membre ou à la face	8,5
- atteintes intéressant plusieurs membres	10
Rééducation de l'hémiplégie	9
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	11
Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie :	
Localisation des déficiences à un membre et sa racine	8,5
Localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	10
Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.	
Rééducation des malades atteints de myopathie	11
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile	11

Article 5 - Rééducation des conséquences des affections respiratoires

Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique)	8,5
---	-----

Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique.

Par dérogation aux dispositions liminaires du titre XIV, dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des Dispositions générales sont applicables à ces deux actes.

Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8,5
Rééducation respiratoire préopératoire ou postopératoire	8,5
Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose	10

La séance comprend :

- 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.

Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée AMK 10.

Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge individuelle	28
--	----

La séance comprend :

- kinésithérapie respiratoire ;
- réentraînement à l'exercice sur machine ;
- renforcement musculaire ;
- éducation à la santé.

Les conditions d'exécution et les contre-indications doivent être conformes à l'avis de la Haute Autorité de Santé en vigueur.

Conditions de facturation :

Prise en charge par les régimes d'assurance maladie pour les patients touchés par l'Affection de Longue Durée pour broncho-pneumopathie chronique obstructive - BPCO.

Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge en groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en individuel	20
--	----

La séance comprend :

- kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle ;
- réentraînement à l'exercice sur machine ;
- renforcement musculaire ;
- éducation à la santé.

Les conditions d'exécution et les contre-indications doivent être conformes à l'avis de la Haute Autorité de Santé en vigueur.

Conditions de facturation :

Prise en charge par les régimes d'assurance maladie pour les patients touchés par l'Affection de Longue Durée pour broncho-pneumopathie chronique obstructive - BPCO.

Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.

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

Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale : 8 ;

Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre : 8 ;

Rééducation des troubles de la déglutition isolés : 8.

Article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires.

Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques) : 8.

Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques : 8.

Rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel :

- pour un membre ou pour le cou et la face : 8 ;
- pour deux membres : 9.

Supplément pour bandage multicouche :

- un membre : 1 ;
- deux membres : 2.

Rééducation pour un lymphoedème 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 lymphoedème : 15,5.

INDICATIONS :

Phase intensive du traitement du lymphoedème sous réserve de l'existence des critères suivants :

- différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral ;
- asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein ;
- compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages) ;
- répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule.

NON-INDICATIONS :

La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs.

CONTRE-INDICATIONS :

- les pathologies aiguës locorégionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées ;
- l'insuffisance cardiaque décompensée ;
- les tumeurs malignes non traitées ;
- l'hyperalgie de l'épaule ;
- la présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous-claviculaire ;
- la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter.

La durée de ces séances est de l'ordre de 60 minutes. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages.

Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un Bilan-diagnostic kinésithérapique.

La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.

Article 8 - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes.

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback : 8,5 AMK ou AMC ; 7,5 SF.

Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé.

Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.

Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé : 8,5 ;

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.

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.

Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.

Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre : 8.

Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc : 9.

Article 11 - Soins palliatifs.

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.

Article 12 - Manipulations vertébrales.

La séance, avec le maximum de trois séances : 7.

Chapitre III - Modalités particulières de conduite du traitement

Article 1er - 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

Kinébalnéothérapie.

Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à un supplément :

- en bassin (dimensions minimales : 2 m × 1,80 m × 0,60 m) : 1,2,
- en piscine (dimensions minimales : 2 m × 3 m × 1,10 m) : 2,2.

Titre XV - Actes divers

Chapitre Ier - Actes d'urgence

Arrêté ministériel n° 2001-500 du 10 septembre 2001

Traitement de premier secours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardiorespiratoire...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins).....	K 25
---	------

dans les situations suivantes :

- détresse respiratoire ;
- détresse cardiaque ;
- détresse d'origine allergique ;
- état aigu d'agitation ;
- état de mal comitial ;
- détresse d'origine traumatique.

Chapitre II - Réanimation continue

Traitement d'un malade atteint de delirium tremens, ou d'un malade non opéré présentant un état de choc, ou de coma, ou de détresse respiratoire ou circulatoire nécessitant des manœuvres complexes de réanimation dans un établissement de soins, par un médecin, avec un maximum de deux malades par médecin et de trois jours par malade, par vingt-quatre heures.....	30
Surveillance dans un centre spécialisé de réanimation par une équipe de plusieurs médecins spécialistes s'occupant au maximum de dix malades, un médecin au moins étant présent de façon constante, pour un malade nécessitant des manœuvres de réanimation complexes éventuellement associées, pour l'équipe, par malade et par vingt-quatre heures, avec un maximum de quinze jours.....	50

Chapitre III - Hyperbarie thérapeutique

Chapitre modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Oxygénothérapie hyperbare, en série, séance quotidienne d'une heure, y compris la surveillance par tous procédés, à une pression de 2 à 3 bars absolus (ATA), avec un maximum de dix séances renouvelables, par séance et par malade	15 AP
Traitement par hyperbarie, avec ou sans enrichissement en oxygène, des états de détresse cardiorespiratoire et des accidents de plongée, comprenant l'ensemble des actes de réanimation nécessaires, par vacation de six heures :	
Le médecin étant en dehors du caisson.....	50
Le médecin étant à l'intérieur du caisson.....	100

Chapitre IV - Cures thermales

Article 1er - Honoraires de surveillance médicale

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 2 ci-après, le forfait de surveillance médicale des cures thermales rémunère tous les actes accomplis pendant la durée normale de la cure et se rapportant directement à l'affection ayant provoqué la cure.

Article 2 - Pratiques médicales complémentaires

Arrêté ministériel n° 86-204 du 7 avril 1986 ; Arrêté ministériel n° 86-775 du 24 décembre 1986 ; Arrêté ministériel n° 89-466 du 31 août 1989 ; Arrêté ministériel n° 89-493 du 27 septembre 1989 ; Arrêté ministériel n° 96-461 du 7 octobre 1996

Le tableau ci-après indique les pratiques médicales thermales qui, lorsqu'elles sont effectuées dans certaines stations limitativement énumérées et pour l'orientation thérapeutique précise, donnent droit à un honoraire spécial s'ajoutant au forfait visé à l'article 1er.

PRATIQUES MÉDICALES complémentaires et orientations thérapeutiques	STATIONS THERMALES	HONORAIRES par séance
Douches filiformes : dermatologie, affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées et traitement des parodontopathies en	La Bourboule, Les Fumades, Molitg-les-Bains, La Roche-Posay, Sail-les-Bains, Saint-	2 (avec un maximum de 18 séances)

complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales ;	Christau, Saint-Gervais-les-Bains, Tercis-les-Bains, Uriage, Avène-les-Bains, Neyrac-les-Bains, - Rochefort-sur-Mer	
Douches médicales : thérapeutiques des affections psychosomatiques.	Bagnères-de-Bigorre, Divonne-les-Bains, Saujon.	1,5 (avec un maximum de 21 séances)
Insufflations de trompes : voies respiratoires.	Allevard, Amélie-les-Bains, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnols-les-Bains, Berthemont-les-Bains, Camoins-les-Bains, Cauterets, Challes-les-Eaux, Les Eaux Bonnes, Enghien-les-Bains, Les Fumades, Gréoux-les-Bains, Luchon, Aix-les-Bains, Marlioz, Molitg-les-Bains, Le Mont-Dore, Saint-Gervais-les-Bains, Saint-Honoré-les-Bains, Tercis-les-Bains, Uriage, Vernet-les-Bains, Barèges-Sers, La Bourboule, Digne, Eaux-Chaudes, Saint-Sauveur-les-Bains, Cambo-les-Bains	1,5 (avec un maximum de 15 séances)
Douches pharyngiennes : voies respiratoires.	Allevard, Amélie-les-Bains, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnols-les-Bains, Berthemont-les-Bains, Cauterets, Challes-les-Eaux, Les Eaux Bonnes, Enghien-les-Bains, Les Fumades, Gréoux-les-Bains, Luchon, Molitg-les-Bains, Le Mont-Dore, Saint-Gervais-les-Bains, Saint-Honoré-les-Bains, Tercis-les-Bains, Aix-les-Bains (Marlioz), Barèges-Sers, La Bourboule, Cambo-les-Bains, Eaux-Chaudes, Saint-Sauveur-les-Bains, Vernet-les-Bains	1 (avec un maximum de 18 séances)
Injections de gaz thermaux : maladies cardio-artérielles, rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.	Le Mont-Dore, Royat	1,5 (avec un maximum de 18 séances)
Injection d'eau minérale : rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires, dermatologie.	Ax-les-Thermes, Rochefort-sur-Mer, Tercis-les-Bains, Uriage	1 (avec un maximum de 20 séances)
Drainage manuel de stases veineuses dans le bain : phlébologie.	Bagnoles-de-l'Orne, Barbotan, Luxeuil	1,5 (avec un maximum de 12 séances)
Méthode de déplacement de Proëtz : voies respiratoires.	Amélie-les-Bains, Ax-les-Thermes, Bagnols-les-Bains, Berthemont-les-Bains, Cauterets, Challes-les-Eaux, Les Fumades, Gréoux-les-Bains, Luchon, Molitg-les-Bains, Le Mont-Dore, Montbrun-les-Bains, Saint-Gervais-les-Bains, Saint-Honoré-les-Bains, Uriage, Barèges-Sers, La Bourboule, Camoins-les-Bains, Digne, Eaux-Bonnes, Eaux-Chaudes, Saint-Sauveur-les-Bains, Vernet-les-Bains	3 (avec un maximum de 10 séances)
Columnisation du vagin : gynécologie et maladies de l'appareil génital.	Saint-Sauveur-les-Bains, Salies-de-Béarn	2 (avec un maximum de 10 séances)

Article 3 - Stations thermales

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985 ; Arrêté ministériel n° 85-622 du 11 novembre 1985 ; Arrêté ministériel n° 86-369 du 4 juillet 1986 ; Arrêté ministériel n° 96-461 du 7 octobre 1996 ; Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997 ; Arrêté ministériel n° 2002-280 du 29 avril 2002 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2019-882 du 24 octobre 2019

Stations thermales pour lesquelles une prise en charge peut être accordée (les orientations thérapeutiques sont indiquées par ordre décroissant d'importance) :

Stations thermales	Orientations thérapeutiques

Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône)	Phlébologie, Gynécologie, - Maladies de l'appareil génital, Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Aix-les-Bains - Marlioz (Savoie)	Voies respiratoires, stomatologie.
Alet-les-Bains (Aude)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Allevard-les-Bains (Isère)	Voies respiratoires.
Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Amneville (Moselle)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéoarticulaires. Voies respiratoires.
Argelès-Gazost (Hautes-Pyrénées)	Phlébologie. Voies respiratoires.
Aulus-les-Bains (Ariège)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques.
Aurensan (Gers)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Avène-les-Bains (Hérault)	Dermatologie et stomatologie.
Ax-les-Thermes (Ariège)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Thérapeutiques des affections psychosomatiques. Voies respiratoires.
Bagnoles-de-l'Orne (Orne)	Phlébologie. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires en complément de la phlébologie.
Bagnols-les-Bains (Lozère)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéoarticulaires. Voies respiratoires.
Bains-les-Bains (Vosges)	Maladies cardio-artérielles. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Balaruc (Hérault)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéoarticulaires. Gynécologie en complément de la rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Barbazan (Haute-Garonne)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Barbotan (Gers)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéoarticulaires. Phlébologie.
Barèges - Sers (Barzun) (Hautes-Pyrénées)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Beaucens (Hautes-Pyrénées)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Berthemont-les-Bains (Alpes-Maritimes)	Voies respiratoires, Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Boulou (Le) (Pyrénées-Orientales)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Maladies cardio-artérielles.
Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Maladies cardio- artérielles.
Bourbon-l'Archambault (Allier)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie.

Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Bourboule (La) (Puy-de-Dôme)	Voies respiratoires. Dermatologie et stomatologie. Troubles de croissance.
Brides-les-Bains - Salins-les-Thermes (Savoie)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Cambo-les-Bains (Pyrénées-Atlantiques)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Camoins-les-Bains (Bouches-du-Rhône)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Capvern-les-Bains (Hautes-Pyrénées)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Casteljaloux (Lot-et-Garonne)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Castera-Verduzan (Gers)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Stomatologie.
Cauterets (Hautes-Pyrénées)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Challes-les-Eaux (Savoie)	Voies respiratoires. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital.
Charbonnières-les-Bains (Rhône)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Neurologie.
Châteauneuf-les-Bains (Puy-de-Dôme)	Rhumatologie et séquelles de ostéo-traumatismes articulaires.
Châtel-Guyon (Puy-de-Dôme)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital.
Chaudes-Aigues (Cantal)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Cilaos (Réunion)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires ; maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Contrexéville (Vosges)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Cransac (Aveyron)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Dax (Landes)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. Phlébologie.
Digne (Alpes-de-Haute-Provence)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Divonne-les-Bains (Ain)	Thérapeutiques des affections psychosomatiques.
Eaux-Bonnes (Les) (Pyrénées-Atlantiques)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Eaux-Chaudes (Les) (Pyrénées-Atlantiques)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Enghien-les-Bains (Val d'Oise)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Eugénie-les-Bains (Landes)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.

Évaux-les-Bains (Creuse)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. - Phlébologie.
Évian-les-Bains (Haute-Savoie)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires en complément des maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques.
Fumades (Les) (Gard)	Voies respiratoires. Dermatologie et stomatologie.
Gréoux-les-Bains (Alpes-de-Haute-Provence)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Guagno-les-Bains (Corse-du-Sud)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Isolaccio-di-Fiumorbo - Pietrapola (Haute Corse)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Jonzac (Charente-Maritime)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Lamalou-les-Bains (Hérault)	Neurologie. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Léchère-les-Bains (La) (Savoie)	Phlébologie. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Lons-le-Saunier (Jura)	Troubles de croissance. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Luchon (Haute-Garonne)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Luxeuil-les-Bains (Haute-Saône)	Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. Phlébologie. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Maizières (Côte-d'Or)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Thérapeutiques des affections psychosomatiques.
Molitg-les-Bains (Pyrénées-Orientales)	Dermatologie et affection des muqueuses bucco-linguales, à l'exclusion des paradontopathies isolées. Traitement des paradontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses bucco-linguales. Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Montbrun-les-Bains (Drôme)	Voies respiratoires.
Mont-Dore (Le) (Puy-de-Dôme)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Montrond (Loire)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Morsbronn-les-Bains (Bas-Rhin)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Néris-les-Bains (Allier)	Thérapeutiques des affections psychosomatiques. Neurologie. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Neyrac-les-Bains (Ardèche)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires et dermatologie.
Niederbronn-les-Bains (Bas-Rhin)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Pechelbronn (Bas-Rhin)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Plombières (Vosges)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.

Pougues-les-Eaux (Nièvre)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Préchacq-les-Bains (Landes)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Preste-les-Bains (La) (Pyrénées-Orientales)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Rhumatologie.
Propiac (Drôme)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques.
Rennes-les-Bains (Aude)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Rochefort-sur-Mer (Charente-Maritime)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie et stomatologie. Phlébologie.
Roche-Posay (La) (Vienne)	Dermatologie et stomatologie.
Royat (Puy-de-Dôme)	Maladies cardio-artérielles. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Sail-les-Bains (Loire)	Dermatologie et stomatologie.
Saint-Amand-les-Eaux (Nord)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Saint-Christau (Pyrénées-Atlantiques)	Dermatologie et stomatologie.
Saint-Claude - Matouba-Papaye (Guadeloupe)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie. Voies respiratoires.
Saint-Gervais (Haute-Savoie)	Dermatologie et stomatologie. Voies respiratoires.
Saint-Honoré-les-Bains (Nièvre)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saint-Lary (Hautes-Pyrénées)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques.
Saint-Paul-lès-Dax (Landes)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires, phlébologie.
Saint-Sauveur-les-Bains (Hautes-Pyrénées)	Phlébologie. Voies respiratoires. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital.
Salies-de-Béarn (Pyrénées-Atlantiques)	Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Troubles de la croissance.
Salies-du-Salat (Haute-Garonne)	Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. Troubles de croissance. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Salins-les-Bains (Jura)	Troubles de croissance. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital.
Santenay-les-Bains (Côte-d'Or)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Saubusse (Landes)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéoarticulaires. Phlébologie.
Saujon (Charente-Maritime)	Thérapeutiques des affections psychosomatiques.

Tercis-les-Bains (Landes)	Voies respiratoires. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie et stomatologie.
Thonon-les-Bains (Haute-Savoie)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Uriage (Isère)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Dermatologie et stomatologie. Voies respiratoires.
Ussat-les-Bains (Ariège)	Neurologie. Gynécologie. Maladies de l'appareil génital. Thérapeutique des affections psychosomatiques.
Vals-les-Bains (Ardèche)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie
Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales)	Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires. Voies respiratoires.
Vichy (Allier)	Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Vittel (Vosges)	Maladies de l'appareil urinaire et maladies métaboliques. Maladies de l'appareil digestif et maladies métaboliques. Rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéo-articulaires.
Zigliera (Corse du Sud)	Voies respiratoires.

Chapitre V - Actes utilisant les agents physiques

Article 1er - Actes de diagnostic

Modifié par l'arrêté ministériel n° 91-685 du 19 décembre 1991 ; par l'arrêté ministériel n° 94-395 du 4 octobre 1994 ; par l'arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997 ; par l'arrêté ministériel n° 99-361 du 10 août 1999 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015

Pour donner lieu à remboursement, tout acte d'échographie, d'échotomographie ou de doppler doit être accompagné d'un compte rendu détaillé et d'une iconographie appropriée portant sur chacun des organes étudiés.

Le compte rendu indique le type d'appareil avec lequel a été pratiqué l'examen et sa date de première mise en service.

Pour tout examen d'échographie ou d'échotomographie réalisé sur un appareil de plus de sept ans, et n'ayant pas une attestation de remise à niveau, la cotation est minorée de 50 %.

Les cotations ci-dessous comprennent l'iconographie. Elles ne sont pas cumulables entre elles.

1° Échographies non obstétricales :	
Échocardiogramme bidimensionnel et temps mouvement avec trace électrocardiographique de référence et analyse qualitative et quantitative	23
Échocardiogramme bidimensionnel et temps mouvement, avec trace électrocardiographique de référence et analyse qualitative et quantitative, associé au doppler pulsé et continu	50
Échocardiogramme bidimensionnel et temps mouvement avec trace électrocardiographique de référence et analyse qualitative et quantitative, associé au doppler pulsé et continu, par voie transoesophagienne, réalisé en milieu disposant des moyens nécessaires à la réanimation	65

Ces examens doivent faire l'objet d'une demande d'accord préalable à partir du troisième examen réalisé dans un délai de six mois.

Examen échographique mammaire (unilatéral ou bilatéral)	22
Examen échographique d'un organe superficiel ou thoracique	20

Examen échographique d'un ou plusieurs organes intra-abdominaux	30	
Examen échographique d'un ou plusieurs organes intrapelviens, à l'exception de la surveillance du monitoring de l'ovulation	30	
Ces cotations ne s'appliquent ni au diagnostic ni à la surveillance d'une grossesse intra-utérine.		
Examen échographique pour surveillance du monitoring de l'ovulation avec un maximum de trois examens par cycle	20	
Examen échographique du système urinaire : reins, uretère, vessie et, le cas échéant, prostate	30	
Examen échographique d'organes intra-abdominaux et intrapelviens au cours d'une même séance (à l'exception de l'étude isolée de l'appareil urinaire)	40	
Examen échographique d'organes intra-abdominaux et intrapelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules	45	
Ces cotations ne sont pas applicables au contrôle ou à la surveillance d'une pathologie.		
Contrôle ou surveillance échographique d'une pathologie d'un ou deux organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens (ex. : surveillance de lithiases rénales ou vésiculaires, surveillance de métastases hépatiques)	20	
Ces examens doivent faire l'objet d'une demande d'accord préalable à partir du troisième examen dans un délai de six mois.		
2° Échographies obstétricales :		
Suivi d'une grossesse normale : un examen par trimestre. Examen échographique au cours du premier trimestre comportant au minimum : identification et vitalité du contenu utérin, datation de la grossesse, y compris l'examen éventuel des ovaires	16	
Examen échographique au cours du second trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, bilan morphologique foetal complet, biométrie et vitalité, y compris l'examen éventuel des ovaires :		
- un fœtus	30	
- deux fœtus ou plus	60	
Examen échographique au cours du troisième trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, présentation et vitalité foetale, biométrie et morphologie, y compris l'examen éventuel des ovaires :		
- un fœtus	20	
deux fœtus ou plus... Surveillance échographique pour pathologie gravidique foetale ou maternelle, avec rédaction d'un dossier médical qui est communiqué au contrôle médical sur demande	40	
- un fœtus	16	AP

- deux fœtus ou plus... Examen de complément de l'échographie du deuxième trimestre ou du troisième trimestre, réalisé par un médecin autre que celui ayant effectué le premier examen, demandé sur signes d'appels échographiques, en cas de suspicion de pathologie foetale sévère	32	AP
Une copie du compte rendu de l'examen initial motivant un examen de complément doit être impérativement jointe à la demande d'accord préalable.		
Examen au cours du deuxième trimestre :		
- un fœtus	30	AP
- deux fœtus ou plus	60	AP
Examen au cours du troisième trimestre :		
- un fœtus	20	AP
- deux fœtus ou plus	40	AP
3° Autres examens échographiques :		
Examen échographique artériel et/ou veineux avec doppler pulsé :		
Étude cervico-encéphalique et/ou des vaisseaux des membres supérieurs	40	
Étude des vaisseaux de l'abdomen et, le cas échéant, des membres inférieurs	40	
Examen polyvasculaire en un seul temps regroupant les deux études ci-dessus	60	
Contrôle ou surveillance d'une pathologie	20	
Cet acte doit faire l'objet d'une demande d'accord préalable à partir du troisième examen de contrôle dans un délai de six mois.		
4° Examens vélocimétriques :		
Examen par doppler continu isolé	14	

DÉSIGNATION DE L'ACTE	COEFFICIENT		LETTRE CLÉ
	Valeur du 1er juillet 2014 au 31 décembre 2014	Valeur à partir du 1er janvier 2015	
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse uni-embryonnaire au 1er trimestre	18,4	19,2	KE
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multi-embryonnaire au 1er trimestre	20,2	21,2	KE

Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 2e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographiedoppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	31,9	33,2	KE
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 2e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographiedoppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	55	56,2	KE
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifoetale au 3e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographiedoppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	27,7	29,5	KE
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse multifoetale au 3e trimestre Avec ou sans : échographie-doppler des artères utérines de la mère ; échographiedoppler des vaisseaux du cordon ombilical À l'exclusion de : échographie d'une grossesse unifoetale à partir du 2e trimestre avec échographie-doppler des artères utérines de la mère et des vaisseaux du fœtus, pour souffrance foetale	46,5	48,7	KE

Article 2 - Électrothérapie

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

--	--

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 vingt minutes comportant la mise en place d'électrodes fixes de surface au niveau de la peau	3
En application intracavitaire	4
2° Courants excitomoteurs par électrode mobile ou courants progressifs	5

Titre XVI - Soins infirmiers

Arrêté ministériel n° 92-340 du 19 mai 1992, Arrêté ministériel n° 93-293 du 24 mai 1993, Arrêté ministériel n° 94-273 du 7 juin 1994 ; Arrêté ministériel n° 99-187 du 14 avril 1999

Partie I - Soins infirmiers

Division créée par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

Chapitre Ier - Soins de pratique courante

Chapitre modifié par l'arrêté ministériel n° 2000-71 du 18 février 2000 et par l'arrêté ministériel n° 2000-603 du 27 décembre 2000

Article 1er - Prélèvements et injections

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2015-175 du 19 mars 2015 ; modifié à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

Désignation de l'Acte	Coefficient	Lettre-clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein pour les AMI en dérogation à l'article 11-B. des Dispositions Générales	1,5	AMI ou SFI
Saignée	5	
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	
Injection intraveineuse directe isolée	2	
Injection intraveineuse directe en série	1,5	
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	
Injection intramusculaire	1	
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	
Injection sous-cutanée	1	
Injection intradermique	1	
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	
Injection d'un implant sous-cutané	2,5	
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	

Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription (1)	2,4	
Vaccination sans prescription médicale (1)	3,05	
(1) Conformément aux dispositions de l'arrêté ministériel du 16 février 2011 déterminant les actes professionnels pouvant être pratiqués par les auxiliaires médicaux		

Article 2 - Pansements courants

Remplacé à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019. - Erratum publié au Journal de Monaco du 10 janvier 2020 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansements de stomie	3	AMI
2	SFI	
Pansements de trachéotomie y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
2,25	SFI	
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application des dispositions du B de l'article 11 des Dispositions générales	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et/ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un même membre ou sur deux membres), deux actes au plus peuvent être facturés	3	AMI
Autre pansement	2	AMI ou SFI

Article 3 - Pansements lourds et complexes

Remplacé à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions Générales, la prescription		

médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions Générales.	11	AMI
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 de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2 % de la surface corporelle	4	AMI
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, épilavage 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 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
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI
Analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre. L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgesie topique, la mise en attente. L'analgesie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.	1,1	AMI

Lorsque l'analgésie topique et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation des dispositions du B de l'article 11B des Dispositions générales.		
Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient. Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit. Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.	4,6	AMI
Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Indications médicales selon les recommandations HAS.	2,1	AMI

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Pose de sonde gastrique	3
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Séance d'aérosol	1,5
Lavage d'un sinus	2

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

Remplacé à compter du 1er janvier 2022 par l'ordonnance n° 2021-36 du 14 janvier 2021

Injection vaginale	1,25
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5
Cathétérisme urétral chez la femme	3
Cathétérisme urétral chez l'homme	4

Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4
Éducation à l'auto-sondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire.	
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1
Retrait de sonde urinaire	2

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Soins de bouche avec application des produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25
Lavement évacuateur ou médicamenteux	3
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3

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

Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25
Réalisation de test tuberculinique	0,5
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur.	1

Article 9

Abrogé par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015.

Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile et accompagnement à la prise médicamenteuse à domicile

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2003-288 du 12 mai 2003 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; modifié à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019 ; remplacé à compter du 1er janvier 2022 par l'arrêté ministériel n° 2021-36 du 14 janvier 2021 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1,2	AMI	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients			

présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
1	SFI	AP	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour.	1	SFI	
Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, avec un retour écrit au médecin. Trois séances incluant chacune : - prise de contact ; - mise en œuvre ; - évaluation et compte rendu, sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants : - surveillance : relevé d'éléments cliniques objectifs : pouls, TA... - observation : relevé d'éléments cliniques « subjectifs » : plainte, comportement... - vérification de la : - compréhension de ou des ordonnances par le patient et /ou son entourage, recherche de coprescripteurs ;	Séance initiale 5,1 2e et 3e séances 4,6	AMI	

- préparation du pilulier selon la ou les prescriptions en cours ; - prise médicamenteuse et selon contrainte horaire, par rapport aux repas, selon aliments... ; - gestion du stock médicamenteux selon le ou les prescripteurs (accumulation de médicaments, recherche d'automédication / médicaments autres),			
- recherche de motifs de non prise des médicaments ou des modifications de posologie / recherche d'effet secondaire, - recueil des éléments du contexte social pouvant retentir sur l'observance, - recherche des éléments explicatifs d'une non observance en cours de traitement selon demande précise du médecin, - retour au médecin prescripteur et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur. Les autres actes inscrits à l'article 10 peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement. Au cours de la même séance, l'acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec les autres actes de cet article.			

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

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; par l'arrêté ministériel n° 2017-621 du 3 août 2017 ; par l'arrêté ministériel n° 2017-856 du 13 décembre 2017 ; modifié à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022 ; par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

1) Élaboration d'un plan de soins infirmiers 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.

Les actes de l'article 11 sont cotés avec la lettre clé AIS.

Les actes de l'article 11 sont cotés avec la lettre clé Par plan de soins infirmiers avec un maximum de 5 sur 12 mois, pour un même patient	AIS 3,5
---	---------

Les éventuels plans de soins infirmiers prescrits au-delà de 5 sur 12 mois ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie.

Cette cotation inclut :

a) La rédaction du plan de soins infirmiers qui résulte de :

1° L'observation et l'analyse de la situation du patient.

2° La détermination des buts à atteindre, 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 plan 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° Le bilan des principaux problèmes en rapport avec la non-satisfaction des besoins fondamentaux, les buts assignés aux soins et les actions de soins mises en œuvre pour chacun des problèmes.
- 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
- 1° De séances de soins infirmiers puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention.
- 2° 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 du plan de soins infirmiers par l'infirmier au médecin qui le valide.

L'intégralité du plan de soins infirmiers est transmise au médecin prescripteur, au médecin-conseil et au patient, à leur demande.

Le résumé du plan de soins infirmiers constitue le support de la demande d'accord préalable.

2) Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.	3	AIS	AP
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 II du présent titre ; - ou d'un pansement lourd et complexe ; - ou d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter ; - ou d'un acte de prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I. En application des dispositions du B de l'article 11 des			

Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler à 50% de son coefficient, avec la séance de soins infirmiers : * injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (article premier du chapitre Ier et article 4 du chapitre II du présent titre) ; * injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (article 5 bis du chapitre II du présent titre). La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers.			
--	--	--	--

3) Mise en 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	3,1 AP
--	--------

La cotation des séances d'aide dans le cadre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable du plan de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à 15 jours.

Exceptionnellement, cette durée peut être portée à 30 jours, sur avis du médecin prescripteur et de l'infirmier, s'il apparaît que, pour cette première période, l'insertion ou le maintien du patient dans son cadre de vie n'apparaît pas possible.

4) Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure	4 AP
---	------

Cet acte comporte :

- le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ;
- la vérification de l'observance du traitement et de sa planification ;
- le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ;
- le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée ;
- la tenue de la fiche de surveillance et la transmission d'informations au médecin traitant ;
- la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans la cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11 B des dispositions générales de la nomenclature.

La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable du plan 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'un nouveau plan de soins infirmiers.

Article 12 - Garde à domicile

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectués selon un protocole écrit.

Par période de six heures :

- entre 8 heures et 20 heures	13 AP
- entre 20 heures et 8 heures	16 AP

Les cotations incluent les actes infirmiers.

La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde.

Chapitre II - Soins spécialisés

Chapitre modifié par l'arrêté ministériel n° 99-301 du 10 août 1999, par l'arrêté ministériel n° 2000-71 du 18 février 2000 et par l'arrêté ministériel n° 2000-603 du 27 décembre 2000 ; par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015

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

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015

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

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Injections d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péridural	5 AP
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3
Prélèvement sanguin sans cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1

Article 3 - Perfusions

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015

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 l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015

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 de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche)	4	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
Changement de flacon(s) ou branchement enY 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 l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2015-133 du 5 mars 2015

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

Créé par l'arrêté ministériel n° 2003-288 du 12 mai 2003 ; modifié à compter du 1er janvier 2020 par l'arrêté ministériel n° 2019-1053 du 12 décembre 2019 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2022-197 du 14 avril 2022

Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité :

Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1
Injection sous-cutanée d'insuline	1
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans	4

Cette cotation inclut :

- l'éducation du patient et/ou de son entourage ;
- la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ;
- le contrôle de la pression artérielle ;
- la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ;
- la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ;
- la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ;
- la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue.

La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la démarche de soins infirmiers prévue au titre XVI, chapitre Ier, article 11.

Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou SFI
Ces actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11 B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.		
Analgesie topique préalable à un pansement L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgesie topique et la mise en attente. L'analgesie topique préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continus, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.	1,1	AMI

Article 5 ter - Prise en charge spécialisée

Créé par l'arrêté ministériel n° 2017-621 du 3 août 2017

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance	5,8	AMI

cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO).		
Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier, en complément du suivi médical, après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient.		
Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend : - l'éducation du patient et/ou de son entourage ; - la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements ; - la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables ; - la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'automesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement ; - le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général ; - la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements.		
La séance inclut : - la tenue d'une fiche de surveillance ; - la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 heures par voie électronique sécurisée.		
Facturation Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants). Le nombre maximum de séances est de 15.		
La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation. Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de		

surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au titre XVI, chapitre 1er, article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au titre XVI, chapitre II, article 5 bis.		
---	--	--

Article 5 ter - Prise en charge spécialisée

Créé par l'arrêté ministériel n° 2017-856 du 13 décembre 2017

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient. Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend : - l'éducation du patient et/ou de son entourage ; - la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements ; - la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables ; - la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement ; - le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général ; - la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements.	5,8	AMI
La séance inclut : - la tenue d'une fiche de surveillance ; - la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée. Facturation Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole.		

La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants). Le nombre maximum de séances est de 15. La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post-hospitalisation. Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI Chapitre II Article 5 bis.		
---	--	--

Article 6 - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4
Dialyse péritonéale avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4
Dialyse péritonéale par cycleur :	
- branchement ou débranchement, par séance	4
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole

Créé à compter du 1er janvier 2021 par l'ordonnance n° 2021-36 du 14 janvier 2021

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre-clé
Actes réalisés avec élaboration d'un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile en postopératoire.		
Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC) La séance inclut : - la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes et des prescriptions de sortie ; - le suivi des paramètres de surveillance prescrits ; - le remplissage de la fiche de suivi post opératoire ou tout autre support où sont		

collectées les données de surveillance infirmière ; - en cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médicale par le vecteur prévu. Trois séances au plus peuvent être facturées : - sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile, dénommé J0, à la veille de la première consultation postopératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J0+6 inclus, - ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale au cours de la première semaine postopératoire, sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus.	3,9	AMI
Séance de surveillance et /ou retrait de cathéter périnerveux pour analgésie postopératoire. La séance inclut : - la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes du traitement antalgique ; - l'évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation ; - la surveillance des effets secondaires, de l'étanchéité du pansement, si nécessaire du point de ponction ; - l'appel de l'anesthésiste ou de l'équipe ressource douleur en cas d'anomalie ; - le retrait du cathéter à la date prescrite. Un acte au plus de surveillance de cathéter périnerveux pour analgésie postopératoire peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus.	4,2	AMI
Retrait de sonde urinaire	2	AMI
Surveillance de drain de redon et/ou retrait postopératoire de drain Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour au domicile.	2,8	AMI
Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périnerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance postopératoire ou de cathéter périnerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions Générales.		

Partie II - Soins de pratique avancée

Ancien chapitre III créé par l'arrêté ministériel n° 2021-489 du 8 juillet 2021 ; remplacé par la partie II par l'arrêté ministériel n° 2023-702 du 11 décembre 2023

Le médecin oriente les patients vers un infirmier en pratique avancée (IPA) selon deux modalités pour effectuer, soit un suivi régulier du patient atteint de pathologie(s), soit une prise en charge ponctuelle d'une pathologie chez un patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier.

Pour un même motif de recours, un patient ne peut pas être suivi simultanément selon les 2 modalités.

Dispositions communes aux différents forfaits et séances ponctuelles (Chapitre I et II) :

- Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient ;
- La majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (pour les patients de moins de 7 ans et ceux âgés de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits et prises en charge ponctuelles.

Chapitre I - Suivi Régulier par l'Infirmier en pratique avancée

Ce forfait concerne un patient orienté par un médecin à un IPA pour assurer un suivi régulier de celui-ci. Il comprend toutes les interventions de l'infirmier en pratique avancée au cours du premier trimestre de prise en charge des patients.

Il comporte la vérification de l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA, le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques, les actions d'éducation, de prévention (dont la vaccination), d'orientation et de dépistage, l'activité de concertation et de coordination auprès des médecins et des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients, et les activités transversales.

L'IPA est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; ils ne peuvent donner lieu à facturation en sus du forfait.

Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne sont pas associables à ces rémunérations forfaitaires.

Les demandes de téléexpertise sont comprises dans ces forfaits.

Désignation de l'Acte	Coefficient	Lettre-clé
a) Forfait d'initiation	6	PAI
b) Forfait de suivi Ce forfait est facturable chaque trimestre de soins à la suite du premier trimestre de prise en charge lié au forfait d'initiation. Il est facturable au premier contact trimestriel.	5	PAI
Au cours de la première année de soins, quatre forfaits (un d'initiation et trois de suivi) sont facturables au maximum par patient. Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (un forfait de suivi par trimestre) et par patient. Par dérogation, au cours des deux premières années de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre.		

Chapitre II - Prise en charge ponctuelle par l'Infirmier en pratique avancée

Cette prise en charge concerne un patient non régulièrement suivi dans le cadre de la pratique avancée. Sur orientation du médecin, l'IPA peut réaliser chez ce patient un bilan ponctuel ou des séances de soins ponctuelles.

Les comptes rendus de ces prises en charge sont versés au dossier médical du patient partagé lorsqu'il est ouvert.

Désignation de l'Acte	Coefficient	Lettre-clé
c) Bilan ponctuel Ce bilan, réalisé obligatoirement en présence du patient, comprend une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique, de dépistage et d'orientation, l'élaboration de conclusion clinique et, le cas échéant, la réalisation de prescriptions autorisées par la réglementation. À l'issue du bilan, un compte rendu est adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA. Ce bilan ponctuel peut être facturé au maximum une fois par année civile par patient.	3	PAI
d) Séance de soins ponctuelle Lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par un médecin vers		

l'infirmier en pratique avancée, ce dernier peut réaliser un ou plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA selon la réglementation en vigueur. Cette séance peut être facturée au maximum quatre fois par année civile par patient en pratique avancée. Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU sont associables aux séances.	1,6	PAI
---	-----	-----

TROISIÈME PARTIE - Nomenclature des actes médicaux utilisant des radiations ionisantes

Arrêté ministériel n° 85-591 du 26 septembre 1985 ; Arrêté ministériel n° 91-534 du 6 septembre 1991 ; Arrêté ministériel n° 91-685 du 19 décembre 1991 ; Arrêté ministériel n° 93-9 du 5 janvier 1993 ; Arrêté ministériel n° 95-337 du 11 août 1995 ; Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997

Seuls peuvent être pris en charge les examens réalisés avec des appareils ou des installations agréés par l'autorité compétente.

Lorsque les actes médicaux utilisant les radiations ionisantes sont effectués par un médecin spécialiste exerçant l'une des spécialités énumérées ci-dessous, ils donnent lieu à une majoration forfaitaire d'honoraires s'ajoutant à la valeur de la lettre-clé. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée respectivement pour chacune de ces catégories de praticiens dans les mêmes conditions que la valeur de la lettre-clé Z elle-même.

Médecins spécialistes issus du nouveau régime d'études médicales :

- gastro-entérologie et hépatologie,
- oncologie radiothérapique,
- pneumologie,
- radio-diagnostic et imagerie médicale,
- radiothérapie,
- rhumatologie,

Médecins spécialistes issus de l'ancien régime d'études médicales :

- électro-radiologie,
- maladies de l'appareil digestif,
- pneumologie,
- radiologie (radiodiagnostic et radiothérapie),
- radiologie (option Radio-diagnostic),
- radiologie (option Radiothérapie),
- rhumatologie.

Titre Ier - Actes de radiodiagnostic

Arrêté ministériel n° 91-685 du 19 décembre 1991 ; Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997

Chapitre Ier - 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 prénom 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

Modifié par l'arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998 ; par l'arrêté ministériel n° 2003-219 du 31 mars 2003 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

- 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 1er - Membre supérieur

Arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998

Examen radiologique de la main	15
Examen radiologique du poignet	15
Examen radiologique de l'avant-bras	15
Examen radiologique du coude	15
Examen radiologique du bras	15
Examen radiologique de deux segments du squelette du membre supérieur	22
Examen radiologique de trois segments ou davantage du squelette du membre supérieur	30
Examen radiologique des deux mains et/ou des deux poignets de face sur la même plaque	15
Les cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.	
Bilan radiologique complet du poignet, minimum de quatre incidences	22
Bilan radiologique complet du coude, minimum de quatre incidences	22
Épaule, ceinture scapulaire (par côté) :	
Examen radiologique simple ou contrôle de l'épaule ou de la ceinture scapulaire	17

Bilan radiologique complet de l'épaule ou de la ceinture scapulaire, minimum de quatre incidences	28
---	----

Les deux cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles pour un même côté.

Article 2 - Membre inférieur

Arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998

Examen radiologique du pied, minimum deux incidences	15
Examen radiologique de la cheville, minimum deux incidences	15
Examen radiologique de la jambe, minimum deux incidences	15
Examen radiologique du genou inférieur ou égal à deux incidences	15
Examen radiologique de la cuisse, minimum deux incidences	15
Examen radiologique de deux segments du squelette du membre inférieur	22
Examen radiologique de trois segments ou davantage du squelette du membre inférieur	30
Les cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.	
Bilan radiologique complet du pied en charge incluant la cheville de face avec mesures si nécessaires, minimum quatre incidences	22
Bilan radiologique complet de la cheville, minimum quatre incidences	22
Examen radiologique du genou, trois ou quatre incidences	17
Examen radiologique du genou, cinq incidences	24
Bilan radiologique complet du genou, hors mesure, minimum six incidences	29
Bassin (y compris les sacro-iliaques) :	
Examen radiologique du bassin, y compris les sacroiliaques, une incidence	15
Examen radiologique du bassin, y compris les sacroiliaques, deux incidences	25
Examen radiologique du bassin, y compris les sacroiliaques, trois incidences et plus	35
Hanche (par côté) :	
Examen radiologique de la hanche, par côté, deux incidences	15
Examen radiologique de la hanche, par côté, trois incidences	25
Examen radiologique de la hanche, par côté, quatre incidences et plus	35

En cas d'exploration simultanée du bassin et de la hanche, ou des deux hanches, la cotation relative au bassin est limitée à une seule incidence.

Téléradiographie des membres :	
Téléradiographie d'un membre de face en totalité	30

Téléradiographie des deux membres inférieurs de face en totalité	30
Téléradiographie des deux membres inférieurs de face, en appui monopodal l'un après l'autre	34

Les cotations des trois examens ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.

Article 3 - Tête

Arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2012-544 du 14 septembre 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-327 du 8 juillet 2013

Crâne, massif facial, sinus :	
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, une incidence	15
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, deux ou trois incidences	18
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, quatre incidences et plus	26
Examen radiographique des os propres du nez, y compris la cloison, incluant l'ensemble des incidences nécessaires	17
Examen radiographique des articulations temporo-maxillaires	19
Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique)	16
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.	
Examen radiographique du crâne : incidence de Schuller (les deux côtés), non cumulable avec la radiographie du crâne	15
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique) Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.	
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence	15
Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.	
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus	20
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.	
Examens intrabuccaux :	
Bilan complet en téléradiographie intrabuccale (status), au cours d'une même séance, quel que soit le nombre de clichés rétroalvéolaires ou rétrocoronaires. Facturation : ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare.	56

Par dents contiguës on entend : dents ayant des faces adjacentes mésiales et distales qu'il y ait diastème ou non. Par secteur de 1 à 3 dents contiguës on entend : secteur de 1 ou 2 ou 3 dents comprenant la dent sur laquelle est centré le cliché radiographique et chacune de ses dents adjacentes.	
Radiographie diagnostique intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës au cours d'une même séance	6
Quel que soit le nombre de clichés réalisés sur un même secteur de 1 à 3 dents contiguës au cours d'une même séance. 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.	
Radiographie complémentaire pour endodontie : deux radiographies complémentaires au maximum peuvent être facturées.	
Réalisation d'une radiographie complémentaire intrabuccale rétroalvéolaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës perinterventionnelle ou finale, au cours d'un acte thérapeutique endodontique.	3
Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés Z3 : pour une radiographie perinterventionnelle ou finale 2 Z3 : pour une radiographie perinterventionnelle et une radiographie finale (post-opératoire). Dans le cadre d'un traitement endodontique, 3 radiographies au plus peuvent être facturées : une radiographie diagnostique, une radiographie perinterventionnelle, une radiographie finale (postopératoire).	
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.	3
Radiographie complémentaire hors endodontie : une seule radiographie complémentaire peut être facturée.	
Réalisation d'une radiographie complémentaire intrabuccale rétroalvéolaire et/ou rétrocoronaire d'un secteur de 1 à 3 dents contiguës perinterventionnelle et/ou finale, hors acte thérapeutique endodontique.	3
Facturation : quel que soit le nombre de clichés réalisés. 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.	
Si l'examen radiographique est numérisé, pour donner lieu à remboursement, il doit pouvoir être matérialisé par au moins un support papier de format égal ou supérieur à 70 × 90 mm indiquant la date de cet examen, l'identification du patient et celle de la dent ou des dents concernées. Le support papier doit comporter une ou plusieurs images d'un format au moins égal à 2,5 fois celui d'un cliché argentique standard.	

Article 4 - Thorax

Examens radiographiques du sternum et/ou des articulations sterno-claviculaires uni ou bilatérales, minimum deux incidences	18
---	----

Examen radiographique du gril costal unilatéral, minimum trois incidences	18
Examen radiographique du gril costal bilatéral, minimum trois incidences	25

Article 5 - *Rachis*

Arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998 ; Arrêté ministériel n° 2001-303 du 1er juin 2001

Bilan complet du rachis segmentaire, y compris les zones transitionnelles :

Bilan complet radiologique du rachis cervical, y compris les zones transitionnelles, minimum trois incidences	34
Bilan complet radiographique du rachis dorsal, y compris les zones transitionnelles, minimum deux incidences	24
Bilan complet radiographique du rachis lombo-sacré, y compris les zones transitionnelles, minimum trois incidences	39
Ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.	
Bilan complet radiographique de deux segments rachidiens contigus	56
Bilan complet radiographique de deux segments rachidiens non contigus	69
Bilan complet radiographique de trois segments rachidiens	76

En cas d'exploration simultanée du bassin et du rachis lombosacré, la cotation relative au bassin est limitée à une seule incidence.

Incidences en complément d'un examen effectué au cours d'une séance antérieure :

Une incidence en complément d'un examen radiographique du rachis effectué au cours d'une séance antérieure, sous réserve des dispositions de l'article 12 C des Dispositions générales	15
Deux incidences et plus en complément d'un examen radiographique du rachis effectué au cours d'une séance antérieure, sous réserve des dispositions de l'article 12 C des Dispositions générales	18
Exploration radiographique isolée du sacrum et/ou du coccyx	15

Cette cotation n'est pas cumulable avec celle de l'examen du rachis lombo-sacré et avec celles des explorations du bassin.

Téléradiographie du rachis dans son entier, face ou profil	35
Téléradiographie du rachis dans son entier, face plus profil	43
Téléradiographie du rachis de face et/ou de profil et étude morphologique segmentaire	60
Bilan radiologique complexe avant décision thérapeutique pour scoliose ou cyphose grave sans téléradiographie	60
Téléradiographie du rachis face et/ou profil, associée à un bilan complexe avant décision thérapeutique, pour scoliose ou cyphose grave (étude dynamique, charnières et tractions)	95

Ces trois dernières cotations ne sont pas cumulables entre elles.

Article 6 - *Actes multiples*

Arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998

Squelette ou hémisquelette : bilan comprenant au minimum l'étude du crâne, du rachis entier, du bassin, d'un membre supérieur et d'un membre inférieur, quel que soit le nombre d'incidences	120
--	-----

La majoration de 40 % prévue au 2 de l'article 4 des dispositions générales ne s'applique pas à cet examen.

Chapitre III - Actes de radiodiagnostic portant sur les viscères

Article 1er - *Cavum. Larynx. Pharynx*

Examen radiologique du larynx ou du pharynx, sans moyen de contraste	15
Laryngographie, pharyngographie, bilan radiologique de la déglutition	35
Examen radiologique isolé, sans moyen de contraste, de la filière aérienne (cavum)	15
Examen radiologique, sans moyen de contraste, de la filière aérienne (cavum) en complément d'un examen de sinus	10

Article 2 - *Poumons. Cœur*

Téléradiographie du thorax, quel que soit le nombre d'incidences, y compris médiastin et cœur (avec ou sans opacification oesophagienne)	16
Examen radiologique des poumons avec opacification bronchique	25
Téléradiographie du thorax pour suivi postopératoire d'une intervention thoracique, chez un patient hospitalisé	12

Article 3 - *Tube digestif*

Arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998

Examen radiologique de l'abdomen sans préparation, quel que soit le nombre d'incidences	15
Examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires et/ou pancréatiques, quel que soit le genre d'examen, incluant l'abdomen sans préparation	43
Examen radiologique isolé de l'œsophage	40
Transit oeso-gastro-duodénal, incluant l'abdomen sans préparation	85
Examen radiologique du côlon incluant l'abdomen sans préparation	90
Défécographie	65
Transit du grêle, incluant l'abdomen sans préparation	90

Article 4 - *Système urinaire*

Examen radiologique de l'abdomen sans préparation hors opacification du système urinaire, quel que soit le nombre d'incidences	16

Urographie intraveineuse incluant la cystographie descendante et l'abdomen sans préparation	64
Cystographie après opacification par voie sus-pubienne ou rétrograde incluant l'abdomen sans préparation	43
Urétrographie rétrograde incluant l'abdomen sans préparation	43

La cotation de cet examen n'est pas cumulable avec celle de la cystographie.

Étude mictionnelle au décours d'un des trois examens suivants : urographie, cystographie, urétrographie	21
Pyélographie rétro ou antérograde incluant l'abdomen sans préparation	35

Article 5 - Gynécologie

Arrêté ministériel n° 2003-219 du 31 mars 2003

Mammographie bilatérale d'au moins deux incidences effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein	41
Mammographie unilatérale effectuée en dehors du cadre du dépistage organisé du cancer du sein, comportant au moins deux incidences et incluant, le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements	23
Mammographie bilatérale effectuée en dehors du cadre du dépistage organisé du cancer du sein, comportant au moins deux incidences et incluant, le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements	41
Mammographie et repérage de microcalcifications avec mise en place d'un repère et contrôle immédiat	62
Galactographie	23
Contrôle radiologique d'une pièce d'exérèse mammaire, comprenant un repère	14
Hystéro-salpingographie incluant l'abdomen sans préparation	55
Radiopelvimétrie	35
Étude du contenu utérin	16
Génitographie externe, colpocystographie	35

Article 6 - Système nerveux

Myélographie	80
Saccoradiculographie, y compris l'éventuel basculage	80
Ces deux cotations ne sont pas cumulables entre elles.	
Discographie (hors nucléolyse), quel que soit le nombre de disques explorés	80

Chapitre IV - Examens divers

Chapitre modifié par l'arrêté ministériel n° 2012-544 du 14 septembre 2012

--	--

Arthrographies :	
Arthrographie temporo-mandibulaire.....	43
Arthrographie des interphalangiennes (main ou pied), quel qu'en soit le nombre.....	30
Arthrographie du poignet.....	52
Arthrographie du coude.....	43
Arthrographie de l'épaule.....	60
Arthrographie de la hanche.....	52
Arthrographie du genou.....	80
Arthrographie de la cheville.....	43
Arthrographie des articulaires postérieures cervicales, quel qu'en soit le nombre.....	40
Arthrographie des articulaires postérieures dorsales, quel qu'en soit le nombre.....	35
Arthrographie des articulaires postérieures lombaires, quel qu'en soit le nombre.....	35
Arthrographie d'autres articulations.....	30

Les cotations ci-dessus comprennent les radiographies simples de repérage.

Autres examens :	
Sialographie, y compris l'examen sans préparation.....	38
Fistulographie, opacification par sonde.....	45
Lymphographie, examen complet étalé sur quarante-huit heures, y compris l'examen du thorax.....	100
Péritonéographie.....	25
Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes.....	15
Facturation : ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire.	

Chapitre V - Examens utilisant des appareillages spéciaux

Article 1er - Radiographie en coupe

Arrêté ministériel n° 98-445 du 8 septembre 1998

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

Article 2 - Radiocinéma ou magnétoscope

Supplément pour radiocinéma, en 35 mm (avec un minimum de 30 mètres de film)	25
Supplément pour magnétoscope	25

Les suppléments du présent article ne sont pas cumulables entre eux.

Article 3 - Amplificateur de brillance

Radioscopie de longue durée	14,50
-----------------------------	-------

Cet acte n'est pas cumulable avec la cotation d'un autre examen radiologique.

Titre II - Actes de radiothérapie

Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997 ; Arrêté ministériel n° 2002-543 du 16 septembre 2002

Certains traitements, ainsi que précisé par la suite, donnent lieu obligatoirement à l'établissement d'un protocole de traitement qui doit être présenté au contrôle médical sur sa demande.

Chapitre Ier - Actes de radiothérapie de haute énergie

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Ces traitements sont soumis à la formalité de l'accord préalable.

Article 1er - Protocole de traitement

La mise en œuvre de l'irradiation de haute énergie au-delà de 0,5 MeV impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :

- le résumé clinique ;
- le diagnostic histologique ou, à défaut, les bases de l'indication thérapeutique ;
- la description des volumes à irradier ;
- le séquençage de l'irradiation ;
- la prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation (volumes irradiés, faisceaux, doses utilisées et détail de la cotation).

Cet acte est coté une seule fois au début du traitement, quel que soit le nombre de réductions : Z 50.

Article 2 - Préparation du traitement

Le mode d'acquisition des données est inclus dans la cotation de la préparation. Les modifications de technique et les réductions pour surdosage tumoral peuvent nécessiter :

- une nouvelle préparation ;
- une nouvelle saisie des données anatomiques ;
- une nouvelle dosimétrie ;
- de nouveaux paramétrages ;
- de nouveaux contrôles.

Les opérations sont facturées selon leurs cotations élémentaires. Un maximum de 3 interventions (avec des complexités variables) sera exceptionnellement accepté en cas de volumes différents.

Mise en place simple sous appareil, sans simulation, calcul de la dose : Z 30 ;

Préparation 2 D avec simulation, dosimétrie (1 ou 2 coupes) : Z 70 ;

Préparation 2 D avec simulation, dosimétrie (au moins 3 coupes) : Z 125 ;

Préparation avec acquisition scanner, dosimétrie 3 D (objectivable au travers de reconstructions dans les trois plans de l'espace) : Z 250 ;

Préparation avec simulation virtuelle pour radiothérapie de conformation (avec un minimum de 10 coupes où les volumes cibles ont été contournés) : Z 350.

Les actes ci-dessus ne se cumulent pas entre eux.

Les actes suivants sont cotés forfaitairement quel que soit le nombre de faisceaux, pour chaque préparation justifiant leur utilisation :

- utilisation de contentions individualisées : Z 30 ;
- utilisation de caches personnalisés et focalisés : Z 40 ;
- paramétrage d'un collimateur multilames : Z 50.

Ces deux derniers actes ne sont pas cumulables.

Contrôle qualité.

Contrôles balistiques radiologiques ou par imagerie portale.

Ces contrôles peuvent être cotés lors de la mise en route ou lors des séances d'irradiation, par faisceau, selon les modalités figurant dans le tableau ci-dessous. Les faisceaux symétriques ne seront cotés qu'une fois (sauf pour la première semaine, lors de la mise en route du traitement : contrôle impératif de tous les champs, surtout si traitement par collimateur multilames pour détecter champ aberrant ou rotation collimateur inversée).

PAR CONTRÔLE du faisceau	MAXIMUM par semaine de traitement (*) et par faisceau	
Par gammagraphie	Z 5	Z 25
Par imagerie portale	Z 15	Z 45

(*) Ce maximum s'entend comme une moyenne sur l'ensemble du traitement (il est donc possible d'accepter, par exemple, plus de 3 contrôles balistiques par imagerie portale la première semaine, si globalement sur l'ensemble du traitement la moyenne de ces contrôles reste à 3 par semaine).

Dosimétrie *in vivo* : en début de traitement et lors de réduction par mesure pour l'ensemble des faisceaux : Z 20.

La date des mesures et les documents doivent être reportés dans le dossier.

Utilisation d'un système d'enregistrement et de vérification des paramètres (une fois pour l'ensemble du traitement) : Z 30.

Article 3 - Irradiation par faisceaux de photons ou électrons

1° Champs fixes.

L'irradiation est cotée : Z 1 ;

- pour le télécobalt, par fraction de 28 cGys pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV ;
- pour l'accélérateur par fraction de :
 - 25 cGys pour faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV ;
 - 20 cGys pour faisceaux de 5 à 7,9 MeV ;
 - 14 cGys pour faisceaux de 8 à 16,9 MeV ;
 - 12 cGys pour faisceaux de 17 à 24,9 MeV ;
 - 9 cGys pour faisceaux à partir de 25 MeV ;
 étant précisé qu'il s'agit de la dose absorbée comptée sur le rayon central au niveau maximum atteint au cours de la pénétration dans les tissus pour la totalité pour le traitement tel qu'il est établi dans le compte rendu de fin d'irradiation.

2° Cyclothérapie (totale ou partielle).

L'irradiation est cotée : Z 2, par mêmes fractions de cGys et mêmes énergies que ci-dessus, la dose absorbée étant alors comptée à l'axe de rotation.

3° Irradiation segmentaire effectuée par faisceaux de grandes dimensions (supérieures à 300 cm² à l'entrée) et de formes complexes (au moins deux caches protecteurs).

L'irradiation est cotée par la sommation des doses maximales à l'entrée délivrées par chacun des faisceaux élémentaires habituels de la même zone d'irradiation (jusqu'à un maximum de quatre. Le facteur 4 ne doit pas être systématique).

Chapitre II - Actes de radiothérapie à moyenne et basse énergie

Article 1er - Traitement des affections tumorales malignes

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

(Accord préalable)

Protocole préalable des conditions d'irradiation.....	25
Irradiation proprement dite par fraction de 40 rads (dose à la surface).....	1

Article 2 - Traitement des affections tumorales bénignes

Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	25
---	----

(Type verrue, papillome, etc.)

Article 3 - Traitement des affections inflammatoires ou dégénératives subaiguës ou chroniques

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

(Type arthrose, chéloïde, hydrosadénite, névrites et névralgies, etc.) (Accord préalable)

Quelles que soient les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement).....	70
---	----

Article 4 - Traitement des affections inflammatoires aiguës

(Type panaris, furoncle, anthrax, thrombose hémorroïdaire, etc.)

Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement).....	30
--	----

Chapitre III - Actes de radiothérapie de contact

Article 1er - Traitement des affections bénignes

Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	25
---	----

Article 2 - Autres traitements

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

(Accord préalable)

La mise en œuvre du traitement impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :

Le résumé clinique.....	}	50
Le diagnostic histologique ou à défaut les bases de l'indication thérapeutique		
La description des volumes à traiter		
La prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation		

Chapitre IV - Actes de curiethérapie

Alinéa modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013

Ces traitements sont soumis à l'accord préalable.

Section I - Curithérapie interstitielle ou endocuriethérapie et curiethérapie endocavitaire

Article 1er - Protocole de traitement

La mise en œuvre de la curiethérapie impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :

Article 2 - Préparation du traitement

1° Repérage radiographique :

Contrôle de la pose des vecteurs non radioactifs ou de la mise en place des applicateurs ou moules avec sources fantômes	20 + films
Radioscopie télévisée de longue durée	10

2° Contrôle radiologique de la position des fils ou des sources radioactives en vue du calcul de la répartition des doses :

Clichés orthogonaux	10 + films
---------------------	------------

Article 3 - Dosimétrie

Forfait de base	20
Établissement des courbes :	
Un tracé	10
Par tracé supplémentaire (avec maximum de deux), en supplément	5

Article 4 - Actes de curiethérapie

Mise en place et ablation des sources radioactives (non compris la fourniture du matériel utilisé) :	
Pour tumeur cutanée ou cutanéomuqueuse de petite dimension, jusqu'à 2 cm ²	20
Pour les autres localisations	100

Section II - Curithérapie de contact de courte durée (plesiocuriethérapie)

Applicateurs radioactifs (non compris la fourniture du matériel utilisé) quel que soit le nombre de champs par séance.....	20
--	----

Titre III - Actes utilisant des radio-éléments en sources non scellées

Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997

Les cotations comprennent le coût des préparations radiopharmaceutiques mais non celui des produits radiopharmaceutiques.

Une majoration pour fourniture du produit radiopharmaceutique (PRA) est allouée par ZN facturé.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2 des dispositions générales (première partie de la nomenclature).

Chapitre Ier - _

Pour donner lieu à remboursement, tout acte diagnostique de médecine nucléaire doit comporter un certain nombre de documents (courbes, images) et un compte rendu écrit comportant les éléments d'identification du malade et des médecins demandeur et exécutant, les données permettant l'interprétation et l'analyse des résultats ainsi que leur interprétation globale dans le cadre du contexte clinique.

Section I - Examens sur le patient

La cotation de base est majorée de 25 % pour un examen effectué chez l'enfant de moins de trois ans.

Article 1er - Mesures externes dans la radioactivité (sans imagerie)

Un site de mesure, un radiopharmaceutique quel que soit le nombre de mesures (la soustraction du bruit de fond est comprise dans la mesure)	30
---	----

Plusieurs sites de mesures au-delà du premier site, même radiopharmaceutique, une série de mesures au cours du temps :

Par site de mesure supplémentaire	10
Avec un plafond de	100

Article 2 - Explorations scintigraphiques morphologiques et fonctionnelles (imagerie)

Scintigraphie plane statique :

Par incidence	30
Avec un plafond, quel que soit le nombre d'organes, de	100
Examen du corps entier par dispositif spécialisé	100
Supplément pour quantification nécessitant le traitement informatique des données scintigraphiques	30
Scintigraphie plane séquentielle et/ou étude dynamique quantitative nécessitant le traitement informatique des données scintigraphiques (la quantification par ordinateur est comprise dans la cotation)	150
Tomoscintigraphie comportant la réalisation de plusieurs coupes tomographiques par caméra tomographique associée à un ordinateur	150

En cas de scintigraphie plane et de tomoscintigraphie d'un même organe, la cotation applicable est plafonnée à 150.

Si l'exploration comporte une répétition de l'examen à diverses reprises au cours de séances différentes, à la suite de la même injection d'un radiopharmaceutique, un coefficient de 1,5 est appliqué, quel que soit le nombre de reprises et de séances.

Si l'exploration d'un même organe comporte l'étude de deux fonctions différentes par deux radiopharmaceutiques, les deux examens sont considérés comme deux actes différents.

Section II - Mesures d'échantillons biologiques

1 - Mesure de radioactivité d'un échantillon biologique après administration d'un radiopharmaceutique, par exemple par la méthode de dilution isotopique.....	30
---	----

Après administration de deux radiopharmaceutiques, chacune des deux mesures donne lieu à application de la cotation ci-dessus.

2 - Étude du taux de renouvellement ou de disparition d'une substance radioactive ou d'un élément figuré du sang.....	70
3 - Lorsque l'étude complète du cycle métabolique d'une substance implique l'ensemble des calculs et l'établissement des courbes, les cotations du 1 et du 2 sont majorées par substance, de.....	50
Avec un plafond de.....	150

Chapitre II - Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées

1 - Traitement n'impliquant pas une surveillance médicale et dosimétrique par une hospitalisation en secteur radioprotégé.....	40
2 - Traitement nécessitant une surveillance médicale et dosimétrique durant plusieurs jours avec hospitalisation en secteur radioprotégé, quelle que soit l'activité administrée.....	100

QUATRIÈME PARTIE - Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle

Arrêté ministériel n° 97-578 du 25 novembre 1997

Titre Ier - Dispositions générales

Les dispositions de la première partie de la nomenclature des actes professionnels (Dispositions générales), les dispositions liminaires de la troisième partie (Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes) et les dispositions de son titre Ier (Actes de radiodiagnostic), chapitre Ier (Dispositions générales), sont applicables aux actes médicaux inscrits à la présente nomenclature, sauf exceptions précisées dans le texte.

Les dispositions de l'article 11 (B 1 à 3) de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels s'appliquent aux actes cotés en K et KC inscrits à la présente nomenclature.

Article 1er - Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués en salle d'imagerie

Pour chaque libellé ci-dessous les cotations sont forfaitaires (actes en K, KC et Z) ; ne peuvent être cotés en sus du forfait ni les suppléments pour numérisation, radiocinéma ou magnétoscope ni la cotation pour radioscopie de longue durée sous amplificateur de brillance, prévus à la troisième partie de la nomenclature générale des actes professionnels (titre Ier).

Article 2 - Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués au bloc opératoire

Les cotations en Z placées en regard de chaque libellé ne s'appliquent pas aux actes de radiologie vasculaire réalisés au bloc opératoire ; par dérogation aux dispositions de l'article premier ci-dessus, l'utilisation d'un amplificateur de brillance numérisé avec soustraction au cours des actes de chirurgie vasculaire précisés ci-dessous réalisés au bloc opératoire donne lieu à une cotation Z 80.

Cette cotation d'angiographie numérisée de bloc opératoire en chirurgie vasculaire s'applique aux actes suivants :

Angioplasties du titre III, chapitre Ier ;

Artériographie de contrôle peropératoire ;

Mise en place d'une endoprothèse couverte en vue du traitement d'un anévrisme iliaque isolé.

Cette cotation Z 80 est globale et exclusive de toute autre cotation en Z.

Elle ne donne pas lieu à la majoration prévue à la troisième partie de la nomenclature générale des actes professionnels, titre Ier, pour les actes de radiodiagnostic effectués en salle d'opération.

Lorsque plusieurs actes sont effectués au cours d'une même séance opératoire, la cotation Z 80 ne peut s'appliquer qu'une fois.

Elle ne peut être cotée que si l'acte radiologique est matérialisé par un document, film ou épreuve et s'il est accompagné d'un compte rendu.

En l'absence de soustraction numérisée, seule la cotation Z 14,5 relative à la radioscopie de longue durée sous amplificateur de brillance peut être appliquée.

Titre II - Radiologie vasculaire

Tous les examens de radiologie vasculaire ci-dessous sont effectués par cathétérisme faisant appel à la technique de Seldinger (sonde intra-artérielle ou intraveineuse guidée), sauf quand le libellé de l'examen précise la voie d'abord vasculaire.

Chapitre Ier - Angiographie numérisée par voie veineuse

KC	K	Z	ARE	
Angiographie numérisée par voie veineuse, quels que soient l'abord veineux, le nombre de vaisseaux examinés et le nombre de séries.....	30	90		

Cette cotation est globale et les images radiologiques éventuellement obtenues au cours de l'examen (urographie intraveineuse) ne peuvent donner lieu à cotation supplémentaire.

Chapitre II - Thorax

KC	K	Z	ARE	
Contrôle angiographique d'un ou plusieurs pontage(s) mammaire(s) interne(s) par cathétérisme sélectif.....	100	160	30	
Contrôle d'un (ou plusieurs) pontage(s) mammaire(s) interne(s) par ponction directe humérale et injection rétrograde.....	50	90	30	
Aortographie thoracique globale, deux séries minimum.....	75	120	30	
Aortographie thoracique globale, associée à une aortographie globale de l'aorte abdominale, trois séries minimum.....	75	160	30	
Aortographie thoracique globale, associée à un cathétérisme sélectif d'une de ses branches, trois séries minimum.....	125	160	30	
Artériographie bronchique, ou artériographie de la paroi thoracique avec cathétérisme des artères bronchiques,				

intercostales, mammaires internes, diaphragmatiques, selon les besoins et les dispositions anatomiques.....	150	300	30	
Artériographie médullaire ou artériographie du rachis avec cathétérisme sélectif des artères intercostales et/ou lombaires.....	150	300	30	
Artériographie pulmonaire globale par injection dans l'oreillette droite ou dans le tronc de l'artère pulmonaire avec ou sans prise de pressions, deux séries minimum.....	50	120	30	
Artériographie pulmonaire sélective ou hyper-sélective des branches de l'artère pulmonaire, avec ou sans prise de pressions, pour bilan d'embolie pulmonaire ou de malformations vasculaires artérielles pulmonaires, deux séries minimum.....	100	160	30	
Cavographie supérieure par ponction veineuse périphérique.....	45	90		
Cavographie supérieure par cathétérisme, quelle que soit la voie d'abord.....	50	90		

La cotation de cet acte n'est pas cumulaire avec celle de la pose d'une endoprothèse veineuse.

Chapitre III - Tête et cou

KC	K	Z	ARE	
Artériographie globale de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques par injection dans l'aorte ascendante, trois séries minimum.....	75	120	30	
Artériographie de la crosse aortique, des troncs supra-aortiques et des vaisseaux intracrâniens, y compris éventuellement le temps de retour veineux, six séries minimum.....	75	160	30	
Artériographie de la crosse aortique et des				

troncs supra-aortiques avec étude dynamique pour recherche et bilan d'un syndrome de la traversée thoraco-brachiale, quatre séries minimum.....	75	160	30	
Artériographie de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques avec cathétérisme sélectif d'un ou plusieurs de ces troncs, quatre séries minimum.....	125	240	30	
Artériographie cérébrale par cathétérisme sélectif des quatre troncs cervico-encéphaliques (deux carotides, deux vertébrales), six séries minimum.....	150	300	30	
Artériographie cérébrale par ponction directe des deux vaisseaux : ponction directe de l'humérale droite et injection rétrograde et ponction directe de la carotide primitive gauche, quatre séries minimum.....	75	240	30	
Artériographie de la tête et/ou du cou par cathétérisme super-sélectif de la carotide externe et de ses branches pour bilan de malformation ou de tumeur, quatre séries minimum.....	150	300	30	
Phlébographie cérébrale par microcathétérisme sélectif des veines intracrâniennes (sinus pétreux, sinus caverneux.....)	150	250	30	

Chapitre IV - Abdomen

KC	K	Z	ARE	
Aortographie abdominale globale, deux séries minimum.....	75	120	30	
Aortographie abdominale globale avec cathétérisme sélectif d'une ou plusieurs branches (rénales, hypogastriques), trois séries minimum.....	125	160	30	
Aortographie abdominale globale avec cathétérisme				

sélectif du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure, trois séries minimum.....	125	160	30	
Aortographie abdominale globale, avec cathétérisme du tronc coeliaque, de la mésentérique supérieure et de la mésentérique inférieure, quatre séries, minimum.....	125	180	30	
Cavographie inférieure par ponction d'une veine périphérique ou de la veine fémorale, comportant une étude de l'axe veineux.....	45	90		
Cavographie inférieure par cathétérisme.....	50	90		
Phlébographie surrénalienne par cathétérisme sélectif, y compris les prélèvements veineux associés.....	125	150	30	
Phlébographie spermatique isolée.....	100	90	30	
La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de l'embolisation de la veine spermatique.				
Cavernographie après ponction directe des corps caverneux.....	30	70		
Phlébographie sus-hépatique par cathétérisme sélectif, une série par branche.....	100	150	30	
Portographie par cathétérisme du système porte par voie trans-hépatique, quelle que soit la voie d'abord (jugulaire ou ponction directe du foie).....	150	260	30	
La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de la mise en place d'un shunt porto-cave trans-hépatique.				

Chapitre V - Membres

KC	K	Z	ARE	
Aortographie abdominale globale avec étude des				

deux membres inférieurs, comportant des séries sur l'aorte abdominale, les artères iliaques et les artères des membres.....	125	180	30	
Artériographie d'un membre inférieur par ponction directe unilatérale.....	30	90	30	
Artériographie des deux membres inférieurs par ponction directe bilatérale.....	45	100	30	
Phlébographie d'un membre inférieur par ponction veineuse périphérique avec visualisation de la totalité du réseau veineux du membre.....	30	70		
Phlébographie des deux membres inférieurs par ponctions veineuses périphériques avec visualisation de la totalité des réseaux veineux des deux membres.....	45	70		
Bilan veineux complet des membres inférieurs pour pathologie veineuse complexe (récidive de varices...) nécessitant plusieurs voies d'abord, des poses de garrots éventuelles et des clichés dans différentes positions.....	50	120		
Artériographie d'un membre supérieur par ponction directe de l'artère humérale avec visualisation de la totalité de l'axe artériel du membre.....	50	90	30	
Artériographie d'un membre supérieur par cathétérisme sélectif rétrograde avec visualisation de la totalité de l'axe artériel du membre.....	100	120	30	
Artériographie des deux membres supérieurs par cathétérisme sélectif rétrograde avec visualisation de la totalité des axes artériels des deux membres.....	125	160	30	
- Phlébographie d'un membre supérieur par ponction directe avec visualisation de la totalité	30	70		

du réseau veineux du membre.....				
Phlébographie des deux membres supérieurs par ponction veineuse périphérique.....	45	70		
Contrôle de fistule artério-veineuse d'hémodialyse du membre supérieur ou du membre inférieur, quelle que soit la voie d'abord.....	30	100		

Titre III - Radiologie interventionnelle

Chapitre Ier - Angioplasties

On entend par angioplastie la dilatation endo-luminale percutanée par ballonnet d'un vaisseau (artère ou veine) qu'elle s'accompagne ou non de la pose d'une endoprothèse.

Les cotations comprennent les temps radiologiques de repérage et de contrôle.

Les cotations ci-dessous s'appliquent quelle que soit la longueur de la sténose artérielle pour un vaisseau.

KC	K	Z	ARE	
Angiosplastie d'une artère sous clavière.....	150	230	45	
L'angioplastie de l'artère carotide ne peut donner lieu à cotation.				
Angioplastie d'une artère viscérale (rénale, tronc coeliaque, mésentérique supérieure, hypogastrique).....	170	230	45	
Angioplastie d'une artère iliaque... Angioplastie d'une artère fémorale (fémorale commune, profonde, supercielle) et /ou poplitée.....	150	150	45	
Angioplastie du tronc tibio-péronier et/ou des artères de jambe.....	170	150	45	
Pour les deux actes ci-dessus concernant l'étage sous-crural, la cotation est unique quel que soit le nombre de sténoses dilatées.				
Angioplastie d'une fistule artérioveineuse d'hémodialyse.....	100	100		
Tentative d'angioplastie d'une artère sous clavière, viscérale ou périphérique, en cas de non-franchissement de la sténose.....	100	150	30	

Chapitre II - Actes divers de radiologie vasculaire interventionnelle

Les cotations ci-dessous comprennent les temps radiologiques de repérage et de contrôle.

KC	K	Z	ARE	
Sympathectomie chimique percutanée (injection à deux étages).....	45	50		
Thrombolyse, par mise en place d'un cathéter in situ par voie percutanée, d'une artère viscérale ou périphérique.....	150	250	45	
Thrombo-aspiration d'une artère périphérique par voie percutanée.....	100	150	45	
Mise en place d'une endoprothèse veineuse pour traitement d'une compression extrinsèque.....	100	90	45	
Mise en place par voie percutanée d'un filtre dans la veine cave inférieure.....	80	90	40	
Mise en place d'une endoprothèse couverte en vue du traitement d'un anévrisme iliaque isolé.....	190	150	70	
La mise en place d'une endoprothèse couverte pour un anévrisme aortique ne peut donner lieu à cotation.				
Retrait isolé par voie endo-vasculaire d'un corps étranger (fragment de cathéter, morceau de sonde vasculaire, endoprothèse...), quelle que soit la localisation, en dehors des cas nécessitant la mise en place d'une circulation extracorporelle.....	100	120	45	
Implantation d'un système diffuseur dans le système veineux central par cathétérisme percutané.....	50	30		
Mise en place par voie trans-hépatique d'un shunt porto-cave y	250	150	90	

compris la portographie trans-hépatique préalable.....				
Ponction-biopsie du foie par voie transjugulaire, y compris les injections de repérage éventuelles.....	50	30		
Désobstruction par voie percutanée d'une fistule artério-veineuse d'hémodialyse.....	100	100	45	

Chapitre III - Oblitérations vasculaires par embolisation

On entend par embolisation le largage, dans un territoire anatomique d'un ou plusieurs vaisseaux, de divers matériaux (colles, particules, spires, micro-ballonnets...) après cathétérisme sélectif par voie percutanée.

La cotation de ces actes inclut les temps radiologiques de repérage et de contrôle.

KC	K	Z	ARE	
Embolisation des artères à destinée viscérale (thorax, abdomen, pelvis).....	170	150	45	
Embolisation des artères des membres.....	170	150	45	
Embolisation des artères à destinée cervico-encéphalique ou médullaire.....	250	180	110	
Embolisation des vaisseaux intracrâniens.....	250	180	110	
Embolisation d'une fistule carotidocaverneuse.....	250	180	110	
Chimio-embolisation d'une tumeur hépatique.....	170	150	45	
Embolisation veineuse (veines viscérales ou veines des membres).....	100	90	45	
Embolisation d'un varicocèle testiculaire, y compris le temps préalable de phlébographie spermatique.....	100	90	45	
Embolisation par ponction directe d'une malformation vasculaire (par séance de traitement).....	50	90		

Chapitre IV - Radiologie interventionnelle du foie et du tube digestif

KC	K	Z	ARE	
Drainage biliaire externe par pose percutanée d'un cathéter après ponction hépatique transpariétale.....	60	50	30	
Drainage biliaire interne par intubation percutanée d'une sténose des voies biliaires, après ponction hépatique transpariétale, avec ou sans mise en place d'une endo-prothèse dans la même séance.....	100	70	60	
La cotation de cet acte inclut l'éventuelle dilatation associée d'une (de) sténose(s) des voies biliaires, quelle que soit la technique.				
Dilatation percutanée isolée, quelle que soit la technique, d'une (de) sténose(s) des voies biliaires, après ponction hépatique transpariétale, avec ou sans pose d'endoprothèse.....	100	50	60	
Mise en place percutanée isolée d'une endoprothèse biliaire dans un deuxième temps.....	60	50		
Changement de cathéter ou d'endoprothèse biliaire, ou dilatation itérative de sténose(s) biliaire(s) bénigne (s).....	30	50		
La cotation des actes ci-dessus comprend le repérage et la réalisation éventuelle d'une opacification des voies biliaires et de clichés de contrôle immédiats.				
Gastrotomie par voie percutanée.....	60	60	30	
Cholécystostomie par voie percutanée.....	60	60	30	
Extraction de corps étrangers de l'œsophage sous contrôle	20	30		

fluoroscopique y compris l'opacification éventuelle de l'œsophage.....				
--	--	--	--	--

Chapitre V - Radiologie interventionnelle ostéo-articulaire

Arrêté ministériel n° 98-339 du 29 juillet 1998

KC	K	Z	ARE	
Ponction-aspiration-lavage de calcifications de l'épaule.....	20	30		
Résection d'une tumeur osseuse bénigne (ostéome ostéoïde), sous contrôle tomодensitométrie.....	100	50	45	
La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage. Ponction biopsie d'un os profond (vertèbre, bassin...), sous contrôle tomодensitométrie.....	20	30		
La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage. Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique.....	60	50		
Cémentation d'un os long ou du cotyle sous contrôle radiologique.....	60	50		
Chimio-nucléolyse percutanée pour hernie discale lombaire y compris la discographie associée.....	40	80		
Ponction lavage de disque pour recherche de germes pour bilan d'une spondylodiscite.....	20	50		

Chapitre VI - Actes divers de radiologie interventionnelle

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2004-243 du 7 mai 2004

KC	K	Z	ARE	
Drainage percutané sous contrôle fluoroscopique ou tomодensitométrie d'un abcès ou d'une collection du foie, de la cavité péritonéale ou de l'espace rétropéritonéal, du pelvis ou du parenchyme pulmonaire.....	60	30	30	

La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage.				
Changement de drain percutané sous contrôle fluoroscopique ou tomodensitométrie.....	30	30		
Néphrostomie percutanée unilatérale.....	80	50	30	
Néphrostomie percutanée bilatérale.....	120	80	45	
Mise en place, après ponction percutanée des cavités pyélo-calicielles, d'une sonde à demeure dans les voies excrétrices urinaires.....	80	50		
Dilatation tubaire uni ou bilatérale sous contrôle radiographique y compris les clichés de contrôle.....	50	50		
Manœuvres intratubaires uni ou bilatérales après cathétérisme de la trompe sous contrôle radiologique y compris les clichés de contrôle.....	50	50		
Macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif...), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage radiologique, sur table dédiée. L'indication doit être posée par une unité de concertation pluridisciplinaire	40	80		

Titre IV - Cardio-radiologie invasive diagnostique et interventionnelle

Chapitre Ier - Cardio-radiologie diagnostique

Arrêté ministériel n° 2001-303 du 1er juin 2001

KC	K	Z	ARE	
Coronarographie diagnostique (quelle que soit la voie d'abord) comportant le cathétérisme gauche avec prises de pressions, la ventriculographie gauche, l'injection des deux coronaires, l'étude éventuelle de la mammaire interne et de	150	300	45	

l'aorte sus-sigmoïdienne.....				
Coronarographie diagnostique en l'absence de ventriculographie gauche.....	150	280	45	
Coronarographie de contrôle d'une chirurgie de revascularisation comprenant une coronarographie diagnostique telle que décrite ci-dessus et une angiographie par cathétérisme sélectif des greffons veineux et/ou artériels, libres ou pédiculés.....	150	400	45	
Contrôle angiographique d'un ou plusieurs pontage (s) mammaire(s) interne (s) par cathétérisme sélectif.....	100	160	30	
Contrôle angiographique isolé de la revascularisation (par angioplastie ou par pontage) d'une artère coronaire.....	100	160	30	

Chapitre II - Cathétérismes

KC	K	Z	ARE	
Cathétérisme du cœur droit avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques, et prélèvement éventuel d'échantillons sanguins pour dosage(s) et mesure éventuelle du débit cardiaque, sous contrôle radioscopique de longue durée par amplificateur de brillance.....	50	14,5	30	
Cathétérisme du cœur gauche par voie artérielle périphérique avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques, prélèvement éventuel d'échantillons sanguins pour dosage(s), sous contrôle radioscopique de longue durée par amplificateur de brillance.....	75	14,5	30	
Supplément pour biopsie endomyocardique.....	30			

Cette cotation est cumulée avec celle du cathétérisme correspondant.				
Cathétérisme des cœurs droit et gauche au cours d'une même séance, avec une ou plusieurs voies d'abord.....	125	14,5	45	
Cathétérisme du cœur droit, tel que défini ci-dessus avec ventriculographie droite isolée.....	50	120	30	
Cathétérisme du cœur gauche tel que défini ci-dessus avec ventriculographie droite isolée.....	75	120	30	
Cathétérisme du cœur droit tel que défini ci-dessus avec angiocardographie globale, quels que soient le site et le nombre des injections.....	50	150	30	
Cathétérisme des cœurs droit et gauche au cours d'une même séance, avec une ou plusieurs voies d'abord, associé à une angiocardographie comportant des injections sélectives dans les différentes cavités cardiaques, l'artère pulmonaire, l'aorte sus-sigmoïdienne avec un minimum de deux injections sélectives.....	125	180	45	

Chapitre III - Angioplastie des vaisseaux coronaires

On entend par angioplastie la dilatation endo-luminale percutanée, qu'elle s'accompagne ou non de la pose d'une endoprothèse.

On entend par vaisseau coronaire :

- le tronc commun de l'artère coronaire gauche,
- l'artère interventriculaire antérieure et ses branches,
- l'artère circonflexe et ses branches,
- l'artère coronaire droite et ses branches,
- ainsi que les pontages artériels et veineux.

La cotation de l'angioplastie s'applique à chacun des vaisseaux ainsi définis.

KC	K	Z	ARE	
Angioplastie d'un vaisseau coronaire.....	190	250	45	

Angioplastie de deux vaisseaux coronaires ou plus, que la procédure soit réalisée au cours d'une ou plusieurs séances pendant la même hospitalisation.....	285	300	70	
Coronarographie diagnostique telle que définie plus haut et angioplastie d'un vaisseau coronaire dans la continuité d'une même séance.....	190	75	450	70
Coronarographie diagnostique telle que définie plus haut et angioplastie de deux vaisseaux coronaires ou plus dans la continuité d'une même séance.....	285	75	450	100
Les deux cotations ci-dessus ne sont pas applicables lorsque l'indication de l'angioplastie a été posée sur un examen coronarographique préalable ; elles résultent pour les actes en K de l'application de l'article 11-B de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels.				
Supplément pour trombolyse intrac coronaire.....	50			
Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, en cas de non franchissement de la sténose.....	100	150	30	

Chapitre IV - Actes divers de cardiologie interventionnelle

KC	K	Z	ARE	
Mise en place d'une contre-pulsion diastolique par ballonnet intra-aortique posé par voie percutanée.....	100	14,5	60	
Valvuloplastie aortique par voie percutanée (dilatation de la voie aortique en région sous-valvulaire, sus-valvulaire ou valvulaire).....	190	120	110	

Valvuloplastie d'une valve du cœur droit (tricuspide ou pulmonaire) de l'artère pulmonaire ou de ses branches, ou de prothèses du cœur droit.....	190	120	110	
Valvuloplastie mitrale par voie percutanée.....	220	120	110	
Embolisation ou fermeture par une autre technique d'une fistule ou d'un anévrisme coronarien, d'une fistule ou d'un anévrisme coronaro-pulmonaire ou coronaro-bronchique.....	190	120	110	

Chapitre V - Cardiologie pédiatrique

KC	K	Z	ARE	
Cathétérisme diagnostique chez le nouveau-né ou le nourrisson de moins de vingt-quatre mois comprenant un cathétérisme droit et gauche, quel que soit le nombre de voies d'abord, avec enregistrement-lecture des pressions, exploration des cavités et des vaisseaux accessibles, mesure de saturation en oxygène et réalisation d'angiographies.....	150	200	50	
Manœuvres thérapeutiques intracardiaques chez l'enfant par cathétérisme, quelles que soient les modalités.....	190	200	100	
Manœuvres thérapeutiques intracardiaques par cathétérisme chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de vingt-quatre mois, quelles que soient les modalités.....	285	200	120	

Les manœuvres thérapeutiques intracardiaques par cathétérisme chez l'enfant comprennent notamment l'atrio-septostomie par ballon ou lame, les valvuloplasties par ballonnet en dehors de la mitrale, les angioplasties par ballonnet, la fermeture des défauts congénitaux (y compris le canal artériel), l'embolisation des vaisseaux anormaux ou fistules, les dilatations et pose de stents sur les vaisseaux cardiaques.

Chapitre VI - Rythmologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique

Article 1er - Actes diagnostiques

KC	K	Z	ARE	
Exploration de la conduction intracardiaque comprenant l'enregistrement du potentiel hisien, l'exploration de la conduction auriculo-ventriculaire et de l'automatisme sinusal	90	14,5		
Exploration des tachycardies comportant le déclenchement et/ou l'arrêt des crises, la détermination de leur nature (auriculaire ou ventriculaire ou jonctionnelle) et de leur point d'origine (voie de conduction anormale, zone arythmogène)	120	25		

Article 2 - Actes thérapeutiques

KC	K	Z	ARE	
Stimulation auriculaire par voie transoesophagienne à visée thérapeutique en établissement de soins disposant de matériel de réanimation	40			
Ablation par radiofréquence de structures intracardiaques (voie de conduction normale ou anormale, zone arythmogène) :				
En cas de cathétérisme droit	180	150	30	
En cas de double cathétérisme droit et gauche	220	150	45	
Primo-implantation d'un stimulateur cardiaque définitif monochambre	110	14,5	30	
Primo-implantation d'un stimulateur cardiaque définitif double chambre (restaurant la synchronisation auriculoventriculaire)	130	25	30	

Changement de boîtier simple	50			
Changement d'un pacemaker monochambre par un pacemaker double chambre	120	14,5	30	
Extraction de sonde de stimulateur implanté, en cas d'infection, dans un centre disposant d'une possibilité de chirurgie thoracique ou cardiaque	150	25	45	

CINQUIÈME PARTIE - _

Nomenclature des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques

Arrêté ministériel n° 2000-505 du 23 octobre 2000 ; modifiée par l'arrêté ministériel n° 2007-656 du 17 décembre 2007

0004	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements biopsiques (uniques ou multiples), quel que soit le nombre de fragments.....	P 100
------	---	-------

Définition du prélèvement biopsique : c'est un prélèvement in vivo, d'un fragment d'organe, de tissu ou de néoplasme, dans le but de le soumettre à un examen histologique ; il s'agit d'un prélèvement n'emportant pas la lésion dans sa totalité.

Cette cotation est applicable en cas de prélèvement biopsique unique ou en cas de prélèvements biopsiques multiples non individualisés :

- Biopsie cutanée ;
- Biopsie du col utérin ;
- Biopsie de l'endomètre (est exclu l'examen des dispositifs intrautérins) ;
- Biopsie recto-colique ;
- 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 ;

0005	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 130
------	---	-------

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 :

- Biopsies laryngées à plusieurs niveaux ;
- Biopsies oesophagiennes à plusieurs niveaux ;
- Biopsies gastriques à plusieurs niveaux ;
- Biopsies duodénales à plusieurs niveaux ;
- Biopsies du col utérin multiples et repérées ;
- Biopsies recto-coliques étagées ;
- Biopsies bronchiques sur plusieurs troncs : l'arbre bronchique droit et l'arbre bronchique gauche font chacun l'objet d'une cotation séparée ;

0006	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire intéressant un organe.....	P 120
------	--	-------

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 :

- Appendicectomie ;
- Ovariectomie ;
- Salpingectomie ;
- Sympathectomie ;
- Ablation d'un kyste synovial ;
- Synoviectomie ;
- Vagotomie unilatérale ou bilatérale ;
- Exérèse de la jonction pyélo-urétérale ;
- Epididymectomie ;
- Exérèse d'une lésion osseuse ;
- Ablation d'hémorroïdes ;
- Gastrectomie simple (totale ou partielle) ;
- Ablation de végétations adénoïdes ;
- Amygdalectomie ;
- Ablation d'une lésion cutanée unique (naevus, pendulum, épithélioma baso-cellulaire) ;
- Ablation d'un polype digestif unique (complet ou fragmenté) ;
- Ablation d'un polype vésical unique ;
- Ablation d'un polype unique du col utérin (complet ou fragmenté) ;
- Hystérectomie totale ou subtotale sans les annexes ;
- Cholécystectomie (y compris le ganglion du collet) ;
- Pulpectomie testiculaire bilatérale ;
- Splénectomie ;
- Néphrectomie simple ;
- Paratidectomie ;
- 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.

0007	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements provenant d'une résection ou d'un curetage effectué par voie endoscopique ou endocavitaire (quel que soit le nombre de fragments).....	P 120
------	---	-------

Résection vésicale ;

- Curetage enco-utérin ;
- Curetage de l'endomètre ;

0008	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé.....	P 220
------	---	-------

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) :

- Pièce opératoire et chaînes ganglionnaires satellites ;
- Annexectomie utérine (ovaire + trompe) ;
- Hystérectomie totale avec les annexes ;
- Hystérectomie totale élargie aux paramètres et chaînes ganglionnaires satellites ;
- Gastrectomie et chaînes ganglionnaires satellites ;
- Ablation de polypes digestifs étagés et individualisés ;
- Colectomie et chaînes ganglionnaires satellites ;
- Duodéno-pancréatectomie ;
- Pancréatectomie caudale et splénectomie ;
- Exérèse simultanée de plusieurs viscères intéressés par le même processus pathologique (exemple : gastrectomie + colectomie partielle + pancréatectomie) ;
- Mammectomie et curages ganglionnaires (une cotation par côté) ;
- Laryngectomie et chaînes ganglionnaires satellites ;
- Pneumonectomie et lobectomie pulmonaire multiple ;
- Thyroïdectomie totale et chaînes ganglionnaires satellites ;
- Bilan d'extension des lymphomes (Hodgkin, lymphomes non hodgkiniens) ;
- Néphro-uretérectomie ;
- Néphro-uretérectomie, surrénalectomie et ganglions satellites ;
- Cystoprostectomie et curages ganglionnaires ;
- Orchiépididymectomie (une cotation par côté) ;
- Orchiépididymectomie avec curages ganglionnaires (une cotation par côté) ;
- Tumorectomies cutanées multiples (deux ou plusieurs naevi), quel qu'en soit le nombre et la ou les localisations ;
- *Prélèvements avec protocole complexe* :
- Conisation 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).

Les examens anatomo-pathologiques portant sur le placenta, le cordon ou le fœtus ne peuvent être considérés comme les 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 anatomo-pathologiques 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 anatomo-pathologique complet du fœtus.

0021	Majoration provisoire.....	P 50
------	----------------------------	------

Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 008 «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.

0022	Majoration provisoire.....	P 100
------	----------------------------	-------

Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 008 «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.

0012	Pratique d'examen extemporané sur un ou plusieurs organes et contrôle histopathologique ultérieur, par inclusion et coupe des prélèvements examinés extemporanément.....	P 300
------	--	-------

Cette cotation n'exclut pas, le cas échéant, une des cotations 0006 et 0008 pour les prélèvements d'organes effectués au cours de la même intervention.

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.

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) :

- a) Qu'il s'agit d'une exérèse complémentaire d'une pièce opératoire autre que celle ayant fait l'objet de l'examen extemporané ;
- b) La nature de la pièce opératoire dont l'examen a entraîné l'application de la cotation 0006 ou 0008.

0013	Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents.....	P 55
0014	Diagnostic cytopathologique sur liquides, épanchements, écoulements, lavages, expectorations, aspirations, brossages, appositions, grattages.....	P 100

Pour les organes pairs, une cotation par côté.

Ces examens doivent entrer dans le champ d'un acte diagnostique ou de suivi thérapeutique et ne peuvent pas être effectués à titre systématique.

0015	Diagnostic cytopathologique par ponction ganglionnaire ou tumorale, ponction d'organe.....	P 120
------	--	-------

Une seule cotation quelle que soit la technique (étalements et/ou inclusion).

Pour les organes pairs, une cotation par côté.

0016	Diagnostic cytopathologique de prélèvements effectués par ponction au niveau de plusieurs zones de voisinage nécessitant l'individualisation des prélèvements.....	P 130
0017	Examen immunohistochimique sur coupes en paraffine, quel que soit le nombre d'anticorps employés.....	P 200
0018	Examen immunohistochimique sur coupes à congélation, quel que soit le nombre d'anticorps employés.....	P 300

Les cotations 0017 et 0018 :

- 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.

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

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

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

Notes

Notes de la rédaction

1. [^] [p.5] Actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd.
2. [^] [p.7] Voir les arrêtés ministériels n° 93-325 du 15 juin 1993 et n° 94-474 du 4 novembre 1994.
3. [^] [p.10] Exemple. - Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectués 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.
4. [^] [p.48] Antérieurement à la création des articles 1er et 2 par l'arrêté ministériel n° 2013-82 du 7 février 2013, le présent chapitre se composait des articles 1er à 12 : les articles 1er à 11 ont été abrogés par arrêté ministériel n° 2009-86 du 20 février 2009 et l'article 12 par l'arrêté ministériel de 2013 précité. - NDLR.

Notes de la source

1. [^] [p.92] [p.92] L'électrocardiogramme avec épreuve d'effort, la réadaptation à l'effort des patients cardiaques ne peuvent être pratiqués que dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, ou une unité de réanimation ou une salle de surveillance post-interventionnelle, ou dans un établissement de réadaptation des cardiaques disposant d'une salle de réanimation.
2. [^] [p.96] La laparotomie ne peut être cotée que si elle n'entraîne pas un geste sur des lésions viscérales justifiant une intervention plus importante. Dans ce cas, seule cette dernière intervention entraîne la cotation.

Liens

1. Journal de Monaco du 21 décembre 1984
[^] [p.1] <https://journaldemonaco.gouv.mc/Journaux/1984/Journal-6639>