

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

Type	Texte réglementaire
Nature	Arrêté ministériel
Date du texte	7 juin 2005
Publication	Journal de Monaco du 10 juin 2005 ^[1 p.19]
Thématiques	Professions et actes médicaux ; Aide et action sociales ; Protection sociale

Lien vers le document : <https://legimonaco.mc/tnc/arrete-ministeriel/2005/06-07-2005-276@2024.12.01>

LEGIMONACO

www.legimonaco.mc

Vu l'ordonnance-loi n° 397 du 27 septembre 1944 portant création d'une Caisse de compensation des services sociaux ;

Vu la loi n° 636 du 11 janvier 1958 tendant à modifier et à codifier la législation sur la déclaration, la réparation et l'assurance des accidents du travail, modifiée ;

Vu la loi n° 1.048 du 28 juillet 1982 instituant un régime de prestations sociales en faveur des travailleurs indépendants, modifiée ;

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 ;

Section I - Dispositions générales

Article 1er

Remplacé à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

Les dispositions de la Section I s'appliquent aux médecins et aux sages-femmes, libéraux et salariés, pour la prise en charge ou le remboursement de leurs actes techniques par l'assurance maladie.

Article 2

Remplacé à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

La liste des actes techniques remboursables, mentionnée à l'article 16 de la Section II, s'impose aux médecins et aux sages-femmes pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie. Si un acte n'est pas inscrit dans la liste, il ne peut pas être pris en charge.

Article 3 - Codage

Modifié à compter du 1er septembre 2005 par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; modifié à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

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

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

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

Trois codes supplémentaires sont facultatifs : le code remboursement exceptionnel mentionné à l'article 4, le code modificateur mentionné à l'article 9, le code association mentionné à l'article 11.

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

Article 4 - Prise en charge

Modifié à compter du 1er septembre 2005 par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2013-81 du 7 février 2013 ; remplacé à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

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

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

Par ailleurs, un acte ou une prestation ne peut être pris en charge que si sa réalisation est conforme aux indications, concernant les dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que médicaments et prestations associées, et les médicaments spécialisés.

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

Certains actes font l'objet d'un accord préalable du contrôle médical et ne sont pris en charge qu'à la condition d'avoir reçu l'avis favorable du contrôle médical, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

La liste de ces actes est établie par la Direction des caisses sociales de Monaco qui en assure la publication.

* 1. Quand 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.

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

La réponse de la caisse 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.

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

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

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

Article 5

Modifié à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

Pour l'application de l'article 4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins.

Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié.

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

Article 6 - Acte global

Modifié à compter du 1er septembre 2005 par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2015-417 du 2 juillet 2015 ; modifié à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

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

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

Lorsque les conditions de prise en charge prévoient que l'acte peut être réalisé par plusieurs médecins ou sages-femmes, la participation de chaque médecin ou sage-femme est décrite par une activité distincte. À chaque activité correspond un code activité et un tarif qui ne peut être tarifé qu'une seule fois.

Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins ou sages-femmes, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs praticiens participent à sa réalisation.

Lorsqu'une procédure spécifique est identifiée dans la liste, elle est codée et tarifée et non les actes isolés qui la composent, même s'ils sont réalisés par des praticiens différents.

La liste prévoit que des actes peuvent être réalisés en plusieurs phases distinctes dans le temps. Dans ce cas, chaque phase est décrite. À chacune d'entre elles correspondent un code phase de traitement et un tarif qui doit être facturé le jour de sa réalisation.

Les gestes complémentaires, les actes de guidage et les suppléments de rémunération ne peuvent être tarifés que si les actes qu'ils complètent sont réalisés. Les codes des gestes complémentaires ou des suppléments autorisés sont mentionnés en regard de chacun des actes concernés, sauf dérogations. Les gestes complémentaires et les suppléments sont regroupés dans des chapitres spécifiques.

Pour un acte chirurgical sanglant non répétitif réalisé en équipe sur un plateau technique lourd ou un acte interventionnel, dont la réalisation en établissement de santé est nécessaire à la sécurité des soins, le tarif recouvre, pour le médecin qui le réalise :

- pendant la période préinterventionnelle, les actes habituels en lien direct avec l'intervention en dehors de la consultation au cours de laquelle est posée l'indication ;
- la période perinterventionnelle ;
- la période postinterventionnelle et ce, pendant une période de quinze jours après la réalisation de l'acte, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non.

Si durant les quinze jours mentionnés ci-dessus, une seconde intervention, rendue nécessaire par une modification de l'état du patient ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période de quinze jours, annulant le temps restant à courir.

Article 7 - Anesthésie-réanimation

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2007-655 du 17 décembre 2007 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2015-417 du 2 juillet 2015 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2020-272 du 3 avril 2020

L'anesthésie-réanimation générale et/ou locorégionale est prise en charge à condition qu'elle soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que le médecin ou le chirurgien-dentiste qui effectue l'acte qui la nécessite.

Les gestes d'anesthésie-réanimation sont signalés par le code principal de l'acte complété par le code activité « 4 » mentionné à l'article 3 qui décrit l'activité spécifique d'anesthésie-réanimation, auquel correspond le tarif du geste d'anesthésie.

Pour les actes dont le code principal n'est pas complété par ce code activité spécifique, il est possible de coder et facturer la réalisation de l'anesthésie complémentaire de l'acte, qui est indiquée en regard de celui-ci, ou, si aucune n'est indiquée, de l'anesthésie générale ou locorégionale complémentaire de niveau 1.

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

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

- * 1. Ceux pour lesquels la présence permanente du médecin anesthésiste est obligatoire pendant toute la phase préinterventionnelle, c'est-à-dire l'induction, la surveillance, le réveil.
- * 2. Ceux pour lesquels le médecin anesthésiste peut prendre en charge l'anesthésie de deux patients simultanément. Si toutefois pour ces actes, le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient, il peut appliquer une majoration, sous forme de modificateur, appelé « présence permanente de l'anesthésiste » mentionné à l'article 19 de la Section III.

Celui-ci est indiqué en regard des actes concernés.

La présence permanente du médecin anesthésiste pendant la phase préinterventionnelle doit être attestée explicitement sur la fiche d'anesthésie.

Le tarif de chaque geste d'anesthésie couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous les gestes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation pendant l'acte lui-même et pendant la journée de l'intervention.

Pour le geste d'anesthésie-réanimation accompagnant un acte chirurgical ou un acte interventionnel définis à l'article 6, le tarif recouvre également, pour le médecin qui le réalise :

- les soins préinterventionnels la veille de l'intervention,
- la surveillance postinterventionnelle et les actes liés aux techniques de réanimation en dehors de ceux réalisés dans les unités de réanimation et les unités de soins intensifs de cardiologie, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention, pour un suivi hors complications et en ce qui concerne les conséquences directes liées à cet acte.

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

Article 8 - Actes thérapeutiques en séances

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

Article 9 - Modificateurs

Un modificateur est une information associée à un libellé qui identifie un critère particulier pour la réalisation d'un acte ou pour sa valorisation. Il s'applique à une liste précise d'actes. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement en regard de chacun des actes concernés. L'application d'un modificateur conduit à une majoration du tarif de l'acte. La description de ces modificateurs figure à l'article 19 de la Section III.

Quatre modificateurs au plus peuvent être tarifés par acte.

Article 10 - Actes identiques

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2010-297 du 21 juin 2010 ; par l'arrêté ministériel n° 2014-294 du 4 juin 2014

Les actes identiques sont des actes décrits par le même libellé et identifiés par le même code.

Pour les actes identiques réalisés sur des organes ou des sites anatomiques pairs, appelés « actes bilatéraux » :

- soit il existe un libellé d'acte unilatéral et un libellé d'acte bilatéral ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code du libellé décrivant l'acte dans sa réalisation bilatérale ;
- soit il existe un acte comportant la mention « unilatéral ou bilatéral » dans le libellé ou les notes s'y rapportant ; en cas de réalisation bilatérale, il convient de noter le code une seule fois ;
- soit il existe un libellé sans précision de latéralité ; dans ce cas, ce libellé concerne un acte unilatéral ; pour coder la réalisation bilatérale de l'acte, quand celle-ci n'est pas interdite par les règles d'incompatibilité définies à l'article 12 du présent arrêté, il convient de coder deux fois l'acte en respectant les règles d'association décrites dans les articles 11 et 20 du présent arrêté.

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

Article 11 - Association

Remplacé à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

Dans le cadre de la tarification, l'association d'actes correspond à la réalisation de plusieurs actes, dans le même temps, pour le même patient, par le même médecin ou sage-femme, dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité entre ces actes. Les codes et les taux d'application des associations sont mentionnés à l'article 20 de la Section III.

Article 12 - Règles d'incompatibilités

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2010-297 du 21 juin 2010

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

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

- des actes composant une procédure, telle que définie à l'article 6 ci-dessus ;
- un acte incluant un autre acte, et ce dernier ;
- un acte comportant la mention «avec ou sans» un autre acte, et ce dernier ;
- un acte dont le libellé précise qu'il est réalisé postérieurement à un autre acte, et ce dernier ;
- des actes identiques :
 - réalisés sur le même site anatomique, à l'exception des actes réalisés sur la main et sur le pied ;
 - dont les libellés comportent des informations numériques ;
 - dont les libellés précisent la mention bilatérale ;
 - d'anatomie et de cytologie pathologiques.
- des actes traduisant une même action ou une même finalité diagnostique ou thérapeutique sur le même site ;

- des pansements, immobilisation ou appareillage éventuel, d'une part, et, d'autre part, des actes portant sur les tissus c'est-à-dire la peau et le tissu cellulaire sous cutané, ou portant sur les muscles, tendons, synoviales, ou sur les os, ou sur les articulations, ou sur les vaisseaux, ou sur les nerfs, sur le même site anatomique.

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

À ces incompatibilités générales, s'ajoutent celles liées au contenu précis de l'acte, explicité dans son libellé ou dans les notes adjointes mentionnées à l'article 13.

Article 13 - Convention d'écriture des libellés

Modifié à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016

A) Emploi de l'article partitif «de» :

L'article partitif «de» a le sens de «quel qu'en soit le nombre» ; un libellé qui ne comporte pas dans son intitulé de précision sur le nombre de lésions examinées ou traitées désigne implicitement un acte effectué sur une ou plusieurs lésions de même nature.

B) Emploi de «un» comme adjectif numéral :

Le terme «un» est employé comme adjectif numéral et non comme article indéfini : il a le sens de un seul.

C) Indication numérique :

Quand le libellé d'un acte comporte une indication numérique tel qu'un nombre, une dimension, une surface ou les termes «plusieurs» ou «multiples», le médecin ou la sage-femme doit utiliser le code du libellé décrivant le plus exactement la totalité des gestes effectués au cours de son acte.

D) La conjonction «et» :

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

E) La conjonction «ou» :

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

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

G) Ponctuation :

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

H) Notes d'utilisation :

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

Ces notes peuvent être :

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

Par ailleurs, dans les notes :

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

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

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

Article 14

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2007-655 du 17 décembre 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-87 du 20 février 2009

I) Actes donnant droit à forfait technique Les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait technique rémunérant les coûts de fonctionnement de l'appareil installé versé à l'exploitant de l'appareil.

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

Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué.

La classification est établie par année d'installation et tient compte des caractéristiques techniques des appareils.

Les tableaux portant classification, cotation et tarification de ces appareils sont fixés par arrêté ministériel.

II) Actes donnant droit à autre forfait.

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

La liste et la description de ces forfaits sont celles fixées en France par décision de l'Union des Caisses Nationales d'Assurance Maladie

Article 15 - Remboursement pour pathologie inhabituelle

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

Section II - Tarifs d'autorité

Article 16

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2009-87 du 20 février 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-376 du 31 juillet 2009

Les listes des actes codés et des forfaits visés au 14-II ainsi que les valeurs monétaires servant de base à la détermination du tarif d'autorité sont celles fixées en France respectivement par décision de l'Union des Caisses Nationales d'Assurance Maladie et par voie d'avenant conventionnel ou de règlement minimum conventionnel.

Article 17

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2006-327 du 30 juin 2006 ; par l'arrêté ministériel n° 2007-469 du 24 septembre 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2008-572 du 6 octobre 2008 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2009-376 du 31 juillet 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2010-297 du 21 juin 2010 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2010-512 du 4 octobre 2010 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-81 du 7 février 2013 ; modifié à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016 ; remplacé par l'arrêté ministériel n° 2017-584 du 19 juillet 2017

Les tarifs d'autorité des actes codés en Classification Commune des Actes Médicaux sont égaux :

- pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, à 100% de la base de remboursement, déterminée en appliquant aux tarifs figurant à l'article 16 les règles mentionnées aux sections I et III ;
- pour les autres actes que ceux visés à l'alinéa précédent et réalisés en établissement privé, dans le secteur d'exercice libéral des praticiens hospitaliers ou en cabinet de ville, à 30% de la base de remboursement visée à l'alinéa précédent ;
- pour les autres actes que ceux visés au 1er tiret et réalisés par des médecin en soins externes hospitaliers publics dans les établissements de la Principauté, à la base de remboursement déterminée par la Convention conclue entre la CCSS et la CAMTI d'une part et l'Ordre des Médecins de la Principauté d'autre part.

Les tarifs d'autorité des forfaits de l'article 14-II sont égaux à 100% de la base de remboursement déterminée en appliquant aux tarifs figurant à l'article 16 les règles prévues aux sections I et III.

Section III - Dispositions diverses

Article 18

Modifié par l'arrêté ministériel n° 2010-297 du 21 juin 2010 ; modifié à compter du 1er décembre 2024 par l'arrêté ministériel n° 2024-627 du 14 novembre 2024

Par dérogation à l'article 1 de la Section I, continuent à relever des dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels des Médecins, des Chirurgiens-Dentistes, des Sages-Femmes et des Auxiliaires Médicaux : les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale, les actes de prélèvements réalisés par des médecins biologistes, les actes de pratique thermale, les actes de chimiothérapie

anticancéreuse, les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux et les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux.

Cette dérogation s'applique également aux médecins stomatologistes pour les actes communs aux dentistes et à d'autres spécialités, tels que les radiographies dentaires.

Par ailleurs, et à titre transitoire, les actes techniques visés dans le présent arrêté ministériel et ses annexes pourront continuer à être cotés, facturés et pris en charge sur la base des références de la nomenclature générale des actes professionnels, jusqu'au 30 juin 2005.

Article 18 bis

Créé par l'arrêté ministériel n° 2009-87 du 20 février 2009

Par dérogation à l'article 1 de la Section I, les dispositions de la Section I s'appliquent aux chirurgiens-dentistes libéraux et salariés pour la prise en charge ou le remboursement des actes techniques dont la liste est fixée par Décision de l'Union des Caisses Nationales d'Assurance Maladie.

Cette liste des actes techniques remboursables s'impose aux chirurgiens-dentistes pour communiquer aux organismes d'assurance maladie, tout en respectant le secret professionnel et dans l'intérêt du patient, les actes et prestations effectués selon les modalités de facturation qui conditionnent leur prise en charge par l'assurance maladie.

Article 19

Remplacé par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 : modifié par l'arrêté ministériel n° 2007-213 du 5 avril 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-87 du 20 février 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2012-387 du 28 juin 2012 ; remplacé à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016 ; modifié à compter du 21 avril 2017 par l'arrêté ministériel n° 2017-262 du 24 avril 2017 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2018-71 du 30 janvier 2018 ; par l'arrêté ministériel n° 2020-55 du 22 janvier 2020 ; modifié à compter du 21 février et 1er avril 2020 par l'arrêté ministériel n° 2020-241 du 17 mars 2020

Les modificateurs et leurs codes sont les suivants :

- Urgence : pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles : réalisation d'un acte non prévu 8 heures auparavant, entre 20 heures et 8 heures, le dimanche ou un jour férié, ou réalisation d'un acte de 8 heures à 20 heures dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement privé disposant d'une autorisation de service d'urgence.

* Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organe, de 8 heures à 20 heures, par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient dans un établissement privé disposant d'une autorisation de service d'urgence : le code est O ;

* Acte réalisé en urgence par les médecins entre 20 heures et 8 heures et acte réalisé en urgence par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20 heures et minuit : le code est U ;

* Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les omnipraticiens et les sages-femmes de 20 heures à minuit : le code est P ;

* Acte réalisé en urgence par les pédiatres, les omnipraticiens et les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, la nuit de 0 heures à 8 heures et acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes, entre 0 heure et 8 heures : le code est S.

Ces quatre modificateurs ne concernent pas les forfaits et surveillances par vingt-quatre heures.

* Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié : le code est F.

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

- Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence du patient ; le code est M

- Âge du patient :

* Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans ; le code est A

* Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans ; le code est E

Cette majoration ne s'applique pas aux actes de radiographie du squelette entier, de l'hémisquelette, de radiologie vasculaire et de radiologie interventionnelle.

* Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an ; le code est G

- * Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G
 - * Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans ; le code est G -
 - Chirurgie itérative :
 - * Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 6
 - * Intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 6
 - * Intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 6
 - * Anesthésie pour une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel ; le code est 8
 - * Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires ; le code est 8
 - * Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires ; le code est 8
 - Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur les plaies et brûlures de la face ou des mains ; ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est R
 - Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte, en supplément de l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse, ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant ; le code est L
- Cette majoration couvre le parage ou la suture de plaie qui ne peuvent donc pas être facturés avec l'acte de réduction ou d'ostéosynthèse.
- Majoration transitoire de chirurgie, applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd ; le code est J.
- Cette majoration concerne les actes de chirurgie générale, digestive, orthopédique traumatologique, vasculaire, cardiothoracique et vasculaire, urologique, pédiatrique, gynécologique et de neurochirurgie. Sont également concernés les actes de chirurgie cervico-faciale, de chirurgie mammaire à visée thérapeutique ou réparatrice et de chirurgie réparatrice par lambeaux, communs à plusieurs spécialités ainsi que les actes de chirurgie otologique (y compris la plastie d'oreilles décollées), de méatotomie, d'amygdalectomie et d'adénoïdectomie.
- Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste, pour les actes pour lesquels le médecin anesthésiste peut surveiller simultanément deux patients anesthésiés, lorsque le médecin anesthésiste se consacre exclusivement à un seul patient ; le code est 7
 - Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide ; le code est D
 - Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue - le code est Z.
- Ce modificateur ne peut pas être tarifé avec le modificateur Y.
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue - le code est Y.
- Ce modificateur ne peut pas être tarifé avec le modificateur Z
- Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable ; le code est B.
- Ce modificateur ne peut pas être tarifé avec :
- * un acte de radiologie vasculaire et interventionnelle,
 - * une radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance,
 - * un examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires ou pancréatiques au cours d'un acte diagnostique ou thérapeutique.
- Modificateurs numériques pour radiothérapie : les codes sont H, Q, V, W. Pour les actes d'irradiation ces modificateurs sont à mentionner face au code de l'acte pour approcher la dose d'irradiation en arrondissant à l'entier le plus proche.
 - Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, sans cathéter périmerveux ou rachidien ; le code est 4.
- (Par analgésie rachidienne on entend : rachianalgésie ou analgésie péridurale).
- Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, avec cathéter périmerveux ou rachidien ; le code est 5.
- (Par analgésie rachidienne on entend : rachianalgésie ou analgésie péridurale).
- Les valeurs de ces modificateurs sont exprimées, soit en pourcentage du tarif de l'acte, soit en valeur monétaire qui s'ajoute au tarif de l'acte. Si plusieurs modificateurs exprimés en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte indépendamment des autres. Ces montants et pourcentages figurent en annexe 1.

Article 20

Modifié à compter du 1er septembre 2005 par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2007-213 du 5 avril 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2007-655 du 17 décembre 2007 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-251 du 26 mai 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-538 du 22 octobre 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2010-297 du 21 juin 2010 ; par l'arrêté ministériel n° 2011-184 du 28 mars 2011 ; par l'arrêté ministériel n° 2012-387 du 28 juin 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2012-542 du 14 septembre 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2013-328 du 8 juillet 2013 ; par l'arrêté ministériel n° 2014-294 du 4 juin 2014 ; par l'arrêté ministériel n° 2015-417 du 2 juillet 2015 ; par l'arrêté ministériel n° 2015-428 du 8 juillet 2015 ; modifié à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016 ; modifié à compter du 21 avril 2017 par l'arrêté ministériel n° 2017-262 du 24 avril 2017 ; modifié par l'arrêté ministériel n° 2017-620 du 3 août 2017

A) Quand des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite mentionnées dans l'arrêté ministériel n° 84-688 du 30 novembre 1984, relatif à la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (NGAP), modifié, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

1. Le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues ;
2. Le cumul des honoraires de la consultation donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins, avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient ;
3. Le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite : C ou CS, V ou VS ou, pour les patients hospitalisés, C × 0,80 ou CS × 0,80.

Cependant, en cas d'actes multiples dans le même temps, les règles de cumul telles que prévues au paragraphe B ci-dessous s'appliquent sans cumul possible avec les honoraires de la consultation ou de la visite ;

4. Le cumul des honoraires de l'ostéodensitométrie [Absorptiométrie osseuse] sur deux sites par méthode biphotonique avec ceux de la consultation, pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
5. Le cumul des honoraires de l'acte de prélèvement cervico-vaginal (JKHD001) avec ceux de la consultation.

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.

6. Le cumul des honoraires de la consultation avec ceux 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 de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50 %.

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

1. Règle Générale

L'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée.

L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50 % de sa valeur. Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein. Les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

2. Dérogations

a. Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le moins élevé, est tarifé à 75 % de sa valeur.

b. Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

c. Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

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

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

f. Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

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

* les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie -vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés ;

* les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, y compris les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

* les actes d'électromyographie, de mesures des vitesses de conduction, d'études des latences et des réflexes figurant aux sous-paragraphes 01.01.01.01 - 01.01.01.02 et 01.01.01.03 de la Classification Commune des Actes Médicaux définie à la Section II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes ;

* les actes d'irradiation en radiothérapie ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes ;

* les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein ; deux actes au plus peuvent être tarifés ;

* les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec circulation extracorporelle figurants au chapitre 19 de la Classification Commune des Actes Médicaux définie à la Section II et les actes d'accouchement peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note « facturation : éventuellement en supplément. »

h. Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin ou une sage-femme réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical.

i. Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes :

- quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50 % de leur valeur ;

- quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle, ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables ;

- quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50 % de sa valeur.

Le guidage radiologique est considéré comme un acte de radiologie conventionnelle.

Par actes de radiologie conventionnelle, on entend les actes diagnostiques de radiologie, en dehors de ceux portant sur l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04, des actes par scanographie et des actes du sous-paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie vasculaire et imagerie interventionnelle.

Les radiographies de l'appareil circulatoire du paragraphe 04.01.04 sont tarifées selon la règle générale.

j. Pour les actes d'endoscopie, lorsque l'examen porte sur les régions anatomiques du nez, du cavum, du larynx ou du pharynx, un seul acte doit être tarifé, sauf dans les indications médicales prévues par la note de facturation de la subdivision « 06.01.08. Endoscopie de l'appareil respiratoire ».

C) Lorsqu'un gynécologue obstétricien ou un médecin généraliste ou une sage-femme, titulaire d'un diplôme universitaire (DIU ou DU) d'échographie obstétricale assurant le suivi médical de grossesse, réalise un acte d'échographie

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

Cette consultation doit comprendre les éléments suivants : 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.

Annexe

Annexe 1 - Valeur monétaire et pourcentage des modificateurs - (Article 19 de la Section III)

Annexe remplacée à compter du 1er septembre 2005 par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; modifiée par l'arrêté ministériel n° 2012-387 du 28 juin 2012 ; modifiée à compter du 11 mars 2016 par l'arrêté ministériel n° 2016-143 du 3 mars 2016 ; remplacée à compter du 21 avril 2017 par l'arrêté ministériel n° 2017-262 du 24 avril 2017 ; modifiée à compter du 15 juin 2017 par l'arrêté ministériel n° 2017-393 du 26 juin 2017 ; remplacée par l'arrêté ministériel n° 2018-71 du 30 janvier 2018 ; modifiée par l'arrêté ministériel n° 2020-55 du 22 janvier 2020 ; modifié à compter du 21 février et 1er avril 2020 par l'arrêté ministériel n° 2020-241 du 17 mars 2020

Codes	Modificateurs	Valeurs
O	Acte chirurgical réalisé en urgence vitale ou en urgence d'organes, de 8 h à 20 h, par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens, dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient, dans un établissement privé disposant d'une autorisation de service d'urgence	80,00 euro(s)
U	Acte réalisé en urgence par les médecins, la nuit entre 20 h et 8 h	25,15 euro(s)
U	Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, ORL, stomatologues, ophtalmologues, les gynécologues-obstétriciens ou les anesthésistes entre 20h et minuit	50,00 euro(s)
P	Acte réalisé en urgence par les omnipraticiens ou les sages-femmes de 20 h à minuit	35,00 euro(s)
P	Acte réalisé en urgence par les pédiatres de 20 h à minuit	50,00 euro(s)
S	Acte réalisé en urgence par les omnipraticiens ou les sages-femmes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les médecins des autres spécialités, la nuit de 0 h à 8 h	40,00 euro(s)
S	Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres entre 0 h et 8 h ; inclut : acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues	80,00 euro(s)
F	Acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié	19,06 euro(s)

F	Acte réalisé en urgence par les chirurgiens, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes ou les pédiatres un dimanche ou un jour férié ; inclut : acte réalisé en urgence par les ORL, stomatologues et ophtalmologues	40,00 euro(s)
M	Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet du médecin généraliste, du pédiatre ou de la sage-femme, après examen en urgence du patient	26,88 euro(s)
A	Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale chez un patient de moins de 4 ans ou de plus de 80 ans	23 euro(s)
E	Réalisation d'un acte de radiographie conventionnelle ou de scanographie chez un patient de moins de 5 ans	+ 49 %
G	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée chez un patient de moins de 1 an	+ 25 %
G	Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez un patient de moins de 3 ans	+ 25 %
G	Réalisation d'un acte de médecine nucléaire chez un patient de moins de 3 ans	+ 25 %
6	Réalisation d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel	+ 25 %
6	Intervention itérative sur les voies biliaires	+ 25 %
6	Intervention itérative sur les voies urinaires	+ 25 %
8	Anesthésie d'une intervention pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un œil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions, à l'exclusion de : implantation, ablation ou repositionnement de cristallin artificiel	+ 20 %
8	Anesthésie pour intervention itérative sur les voies biliaires	+ 20 %
8	Anesthésie pour intervention itérative sur les voies urinaires	+ 20 %
R	Réalisation d'un acte de chirurgie plastique des téguments de la face, du cou, de la main et des doigts, ou d'un acte sur les plaies et brûlures de la face ou des mains (ce modificateur s'applique également à l'acte d'anesthésie réanimation correspondant)	+ 50 %
L	Majoration pour traitement d'une fracture ou d'une luxation ouverte	+ 20 %
J	Majoration transitoire de chirurgie	+ 6,5 %

7	Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste	+ 6 %
D	Majoration du tarif pour acte de contrôle radiographique de segment de squelette immobilisé par contention rigide	+ 24 %
Z	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue. Facturation : ne peut être facturé avec le modificateur Y	15,9%
Y	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé par un radiologue, un pneumologue ou un rhumatologue. Facturation : ne peut être facturé avec le modificateur Z	15,8 %
B	Majoration du tarif pour acte de radiographie réalisé au bloc opératoire, en unité de réanimation ou au lit du patient intransportable	+ 49 %
H	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau I	+ 100 %
Q	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau II	+ 200 %
V	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau III	+ 300 %
W	Modificateur numérique pour radiothérapie, niveau IV	+ 400 %
4	Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, sans cathéter périmerveux ou rachidien.	+6 %
5	Majoration pour la mise en œuvre peropératoire et le suivi d'une analgésie postopératoire locorégionale périphérique ou d'une analgésie rachidienne, avec cathéter périmerveux ou rachidien.	+8 %

Si plusieurs modificateurs en pourcentage sont facturés, chacun s'applique par rapport au tarif de l'acte, indépendamment des autres. Dans le cas d'une association d'acte, un seul modificateur urgence (O, U, P, S ou F) peut être facturé. Les codes O, U, P, S et F sont exclusifs les uns des autres et ne peuvent être facturés qu'une seule fois par intervenant et par patient, quel que soit le nombre d'actes qu'il réalise. Les modificateurs Y et Z sont exclusifs l'un de l'autre.

Annexe 2 : Règles d'association - (article 20 lettre B de la Section III)

Annexe remplacée à compter du 1er septembre 2005 par l'arrêté ministériel n° 2005-486 du 26 septembre 2005 ; modifiée par l'arrêté ministériel n° 2009-251 du 16 mai 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2009-538 du 22 octobre 2009 ; par l'arrêté ministériel n° 2010-297 du 21 juin 2010 ; par l'arrêté ministériel n° 2011-371 du 27 juin 2011 ; par l'arrêté ministériel n° 2012-542 du 14 septembre 2012 ; par l'arrêté ministériel n° 2014-294 du 4 juin 2014^[1] ; par l'arrêté ministériel n° 2015-417 du 2 juillet 2015 ; modifiée à compter du 21 avril 2017 par l'arrêté ministériel n° 2017-262 du 24 avril 2017 par l'arrêté ministériel n° 2009-251 du 16 mai 2009

Pour chaque acte de l'association, le médecin indique le code association correspondant à la règle qui s'applique en conformité avec l'article 20 B. À chaque code correspond un pourcentage qui s'applique au tarif de l'acte, majoré des modificateurs éventuels, quand ils sont en pourcentage.

1) Règle générale :

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

Les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.

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

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2e acte	2	50 %
Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100 %

Dans le cas d'une association de 2 actes seulement, dont l'un est soit :

- un geste complémentaire,
- un supplément,
- un acte d'imagerie pour acte de radiologie interventionnelle ou de cardiologie interventionnelle (Chapitre 19, sous-paragraphe 19.01.09.02),
il ne faut pas indiquer de code association.

Si un acte est associé à un geste complémentaire et à un supplément, le code association est 1 pour chacun des actes.

2) Dérogations :

a) Pour les actes de chirurgie portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre, l'acte dont le tarif, hors modificateurs est le moins élevé est tarifé à 75 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2e acte	3	75 %

b) Pour les actes de chirurgie pour lésions traumatiques multiples et récentes, l'association de trois actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75 % de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2e acte	3	75 %
3e acte	2	50 %

c) Pour les actes de chirurgie carcinologique en ORL associant une exérèse, un curage et une reconstruction, l'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième et le troisième actes sont tarifés à 50 % de leur valeur.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2e acte	2	50 %
3e acte	2	50 %

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

* Associations d'échographies autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
-------	------	---------------------------

échographie de tarif le plus élevé	1	100 %
2e échographie (cas autorisés)	2	50 %

* Actes avec guidage échographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage échographique	1* ou 2** suivant tarif	100 %* ou 50 %**
Guidage échographique	2* ou 1** suivant tarif	50 %* ou 100 %**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

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

* Associations d'actes de scanographie autorisées

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
1er acte de scanographie	4	100 %
2ème acte de scanographie (cas autorisés)	4	100 %
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100 %

* Actes avec guidage scanographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage scanographique	4	100 %
Guidage scanographique	4	100 %
Supplément autorisé en plus des 2 actes	4	100 %

f) Pour les actes de remnographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être tarifé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique.

* Actes avec guidage remnographique

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte avec guidage remnographique	1* ou 2** suivant tarif	100 %* ou 50 %**
Guidage remnographique	2* ou 1** suivant tarif	50 %* ou 100 %**

* cas où l'acte a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

** cas où le guidage a le tarif le plus élevé hors modificateurs.

g) Dans les cas suivants, plusieurs actes associés peuvent être tarifés à taux plein :

- les actes du sous paragraphe 19.01.09.02 - Radiologie -vasculaire et imagerie interventionnelle - sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 1 pour chacun des actes ;
- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques associés entre eux ou à un seul autre acte : le code est 4 pour chacun des actes.

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte 1 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100 %
Acte 2 d'anatomie et de cytologie pathologiques	4	100 %
Autre acte (1 seul)	4	100 %

* Association d'actes d'anatomie et de cytologie pathologiques et de deux actes relevant de la règle générale.

Pour les deux actes suivant la règle générale, les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte : pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ou les suppléments le code est 1. En effet, le code 4 ne peut être employé avec un autre code association.

- les actes d'électromyographie, de mesure des vitesses de conduction, d'étude des latences et des réflexes, figurant aux sous-paragraphes 01.01.01.01., 01.01.01.02 et 01.01.01.03 de la Classification commune des actes médicaux de la Section II peuvent être associés à taux plein entre eux ou à un autre acte, quel que soit le nombre d'actes :

- * si ces actes sont associés entre eux ou à 1 seul autre acte, le code est 4 pour chacun des actes ;
- * si ces actes sont associés à 2 actes relevant de la règle générale, pour ceux-ci les codes association sont 1 pour l'acte de tarif le plus élevé, 2 pour l'autre acte ; pour les actes cités ci-dessus ou les suppléments, le code association est 1 ;
 - les actes d'irradiation en radiothérapie, ainsi que les suppléments autorisés avec ces actes peuvent être associés à taux plein, quel que soit le nombre d'actes, le code est 4 pour chacun des actes ;
 - les actes de médecine nucléaire sont associés à taux plein, deux actes au plus peuvent être tarifés, le code est 4 pour chacun des actes. Il en est de même si un acte de médecine nucléaire est associé à un autre acte ;
 - les forfaits de cardiologie, de réanimation, les actes de surveillance post-opératoire d'un patient de chirurgie cardiaque avec CEC (chapitre 19) et les actes d'accouchements (chapitre 9) peuvent être associés à taux plein à un seul des actes introduits par la note «facturation : éventuellement en supplément'. Le code est 4 pour chacun des deux actes.

h) Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs en cardiologie, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical.

Deux cas se présentent :

* deux actes sont réalisés à des moments différents et discontinus de la même journée :

Le code association est « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et « 5 » pour l'autre acte, dont le tarif est à taux plein.

* une association d'actes est réalisée dans un premier temps et une association d'actes est réalisée dans un deuxième temps, à un moment différent et discontinu de la même journée :

La première séquence d'actes comporte les codes association habituels, en application des règles définies à l'article 20 de la Section III et dans les paragraphes de cette annexe.

La deuxième séquence d'actes comporte le code association « 5 » au lieu de « 1 » pour l'acte de tarif le plus élevé, hors modificateurs, et les codes association habituels pour les autres actes de l'association.

2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
2e acte	5	100 %

Exemple de plus de 2 actes réalisés à des moments discontinus de la même journée

(ex. : premier acte réalisé le matin, les 2e et 3e actes réalisés l'après-midi)

Règle	Code	Taux à appliquer au tarif
-------	------	---------------------------

Premier temps Acte de tarif le plus élevé	1	100 %
Deuxième temps Acte de tarif le plus élevé	5	100 %
2e acte	2	50 %

i.) Les actes de radiologie conventionnelle peuvent être associés entre eux, quel que soit leur nombre, et à d'autres actes :

- quand plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, les autres sont tarifés à 50% de leur valeur.

RÈGLE	CODE	TAUX À APPLIQUER AU TARIF
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

- quand un ou plusieurs actes de radiologie conventionnelle sont associés à d'autres actes, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les actes de radiologie conventionnelle ainsi que l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé parmi les autres actes sont tarifés à taux plein ; les actes restants sont tarifés selon les règles qui leur sont applicables.

Acte de radiologie conventionnelle associé à un autre acte (hors association mammographie et échographie du sein)

RÈGLE	CODE	TAUX À APPLIQUER AU TARIF
Acte de radiologie conventionnelle	1	100%
Autre acte	1	100%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

Actes de radiologie conventionnelle associés entre eux et autres actes relevant de la règle générale (2 au plus)

RÈGLE	CODE	TAUX À APPLIQUER AU TARIF
Acte de radiologie conventionnelle de tarif le plus élevé	1	100%
Autre(s) acte(s) de radiologie conventionnelle	2	50%
Autre acte de tarif le plus élevé	1	100%
Autre acte	2	50%
Supplément(s) autorisé(s)	1	100%

- quand une mammographie est associée à un acte d'échographie du sein, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein, l'autre est tarifé à 50 % de sa valeur.

RÈGLE	CODE	TAUX À APPLIQUER AU TARIF
Mammographie (si tarif le plus élevé)	1	100%
Échographie du sein	2	50%

Notes

Notes de la rédaction

1. ^{^ [p.14]} L'article 4 de l'arrêté ministériel n° 2014-294 du 4 juin 2014 prescrit le remplacement des quatrième et sixième alinéas de l'annexe II du Point 2° de l'article 20, de la « Section III - Dispositions diverses », du présent arrêté ministériel. Par cohérence, la Rédaction a choisi d'opérer ces modifications dans le présent g du point 2. - NDLR.

Liens

1. Journal de Monaco du 10 juin 2005
^{^ [p.1]} <https://journaldemonaco.gouv.mc/Journaux/2005/Journal-7707>