



VERSION COORDONNEE AU 01.04.2025 DE LA NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES

Médecins

Médecins-dentistes

et

TARIFS APPLICABLES

INFORMATION IMPORTANTE

Les tarifs correspondant à la valeur 944,43 de la cote d'application de l'échelle mobile des salaires sont indiqués dans la colonne intitulée "Tarif". Ces tarifs restent valables jusqu'à l'échéance d'une nouvelle cote d'application.

La présente publication ne constitue qu'un instrument de consultation. Elle ne remplace pas les publications officielles au Journal officiel du Grand-Duché de Luxembourg qui sont les seules faisant foi.

SOMMAIRE

MEDECINS	5
Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie	6
Dispositions générales	6
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	21
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX</i>	<i>21</i>
Chapitre 1 - Consultations	21
Section 1 - Consultations normales	21
Section 2 - Consultations majorées	21
Section 3 - Tarifs spéciaux	22
Section 4 - Consultations spéciales	22
Section 5 - Examen pré-anesthésique du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.....	24
Chapitre 2 - Visites	24
Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier	24
Section 2 - Visites en milieu hospitalier.....	25
Chapitre 3 - Déplacements.....	25
Chapitre 4 - Traitement hospitalier	25
Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général.....	25
Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne.....	25
Section 3 - Traitement hospitalier stationnaire post-opératoire	26
Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée	26
Section 5 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes	26
Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur.....	27
Section 7 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur	27
Section 8 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie	27
Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs	28
Section 10 - Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour	28
Section 11 - Traitement hospitalier en lit-porte	28
Section 12 - Traitement hospitalier stationnaire pour des patients atteints du COVID-19	28
Section 13 - Traitement hospitalier dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux	28
Chapitre 5 - Rapports	29
Section 1 - Rapports au médecin traitant.....	29
Section 2 - Rapports au contrôle médical de la sécurité sociale	29
Section 3 - Rapport à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance	29
Section 4 - Rapport dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux.....	29
Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage.....	29
Section 1 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 276 à 283 du Code de la sécurité sociale	29
Section 2 - Examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans prévus par la loi du 15 mai 1984	30
Section 3 - Examens médicaux dans le cadre d'un programme de médecine préventive élaboré par la Direction de la santé en collaboration avec la CNS.....	30
Section 4 - Examens médicaux dans le cadre de la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution d'un programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national	31
Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales	31
Chapitre 8 - Forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour.....	32
Chapitre 9 - Médecin référent.....	32

Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie	33
DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES	33
Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales	33
Section 1 - Médecine Générale	33
Section 2 - Médecine Interne spécialisée	34
Section 3 - Cardiologie	35
Section 4 - Pneumologie	37
Section 5 - Neurologie, psychiatrie et algologie	38
Section 6 - Hépatogastro-entérologie	40
Section 7 - Rhumatologie - Rééducation, réadaptation et réhabilitation	44
Section 8 - Dermatologie	45
Section 9 - Gériatrie	46
Section 10 - Médecine génétique	46
Section 11 - Endocrinologie	47
Chapitre 2 - Chirurgie	48
Section 1 - Traitement des lésions traumatiques	48
Section 2 - Chirurgie générale	49
Section 3 - Chirurgie des os et des articulations	50
Section 4 - Chirurgie des membres	52
Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou	53
Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen	59
Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis	69
Section 8 - Chirurgie réparatrice et reconstructrice	73
Section 9 - Chirurgie vasculaire	76
Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie	77
Section 1 - Oreilles	77
Section 2 - Nez et sinus	79
Section 3 - Glandes salivaires, pharynx, larynx et trachée	81
Section 4 - Chirurgie du cou	82
Section 5 - Divers	83
Section 6 - Echographies	83
Section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil	83
Chapitre 4 - Ophtalmologie	85
Section 1 - Examens Ophtalmiques	85
Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales	85
Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée	85
Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique	85
Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur	86
Section 6 - Orbite	86
Chapitre 5 - Urologie	86
Section 1 - Explorations électrophysiologiques de l'appareil urinaire	86
Section 2 - Actes diagnostiques par imagerie de l'appareil urinaire	86
Section 3 - Endoscopie de l'appareil urinaire	87
Section 4 - Ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil urinaire	87
Section 5 - Actes thérapeutiques sur le rein	87
Section 6 - Actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures	87
Section 7 - Actes thérapeutiques sur la vessie	88
Section 8 - Actes thérapeutiques sur l'urètre	89
Section 9 - Actes thérapeutiques sur la prostate et les vésicules séminales	89
Section 10 - Actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal	90
Section 11 - Actes thérapeutiques sur le pénis	90
Section 12 - Actes thérapeutiques sur le périnée	91
Section 13 - Autres actes thérapeutiques sur l'appareil urinaire et génital	91
Chapitre 6 - Gynécologie	91
Section 1 - Obstétrique	91
Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement	94
Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité	97
Section 4 - Forfait pour frais d'utilisation d'appareil	98
Chapitre 7 - Anesthésie - Réanimation	98
Section 1 - Anesthésie générale	98
Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale	98
Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation	98

Section 4 - Urgences extra-hospitalières	98
Section 5 - Anesthésie péridurale	99
Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie	99
Section 1 - Radiodiagnostic	99
Section 2 - Radiothérapie.....	102
Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes	104
Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire).....	105
Section 5 - Radiologie interventionnelle (Interventions percutanées sous contrôle d'imagerie médicale).....	106
Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes	107
Chapitre 9 - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire.....	108
Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires.....	108
Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale.....	108
Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3142)	110
MEDECINS-DENTISTES	119
Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie.....	120
Dispositions générales	120
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	126
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX</i>	<i>126</i>
Chapitre 1 - Consultations du médecin-dentiste	126
Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste	126
Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier	126
Section 2 - Visite en milieu hospitalier	126
Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste	126
Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste.....	126
Section 1 - Traitement stationnaire interne	126
Section 2 - Traitement post-opératoire.....	126
Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste	126
Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste	127
Section 1 - Examen prénatal de la femme enceinte tel que prévu par l'article 279 du Code de la sécurité sociale et le règlement grand-ducal du 27 juillet 2016	127
Section 2 - Examens dentaires des enfants âgés de 2 à 4 ans tels que prévus par la loi du 15 mai 1984 et le règlement grand-ducal du 12 décembre 1984 (art. 3).....	127
Chapitre 7 - Tarifs spéciaux	127
<i>DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES.....</i>	<i>127</i>
Chapitre 1 - Soins gingivaux et dentaires	127
Section 1 - Soins sur le parodonte	127
Section 2 - Soins généraux et sur le parodonte	127
Section 3 - Restauration des tissus durs de la dent.....	128
Section 4 - Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent : inclut la mise en forme canaire et l'obturation radiculaire	128
Section 5 - Restauration des tissus durs de la dent : comprend l'exérèse de lésion carieuse de dent.....	128
Chapitre 2 - Avulsions dentaires	129
Chapitre 3 - Extractions chirurgicales.....	130
Chapitre 4 - Pose d'implant(s) osseux sur le crâne et la face.....	130
Section 1 - Actes préimplantaires	130
Section 2 - Pose d'implant chez l'adulte.....	130
Section 3 - Dégagement et activation chez l'adulte	130
Chapitre 5 - Prothèse dentaire adjointe	130
Chapitre 6 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe	131
Chapitre 7 - Prothèse conjointe.....	131
Chapitre 8 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe	131
Chapitre 9 - Orthodontie	131

Chapitre 10 - Radiodiagnostic	132
Chapitre 11 - Prestations réservées à l'assurance accident	132
Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3132)	133

MEDECINS

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

Caractère personnel de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des médecins ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au Code de la sécurité sociale que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectué personnellement par le médecin. Au cas où le médecin est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte.

Sauf dérogations prévues dans la nomenclature, les actes effectués par des médecins pratiquant en association sont pris en charge par les institutions de sécurité sociale comme étant posés par un même médecin.

Distinction entre actes généraux et techniques

Art. 2.- Les coefficients des actes et services inscrits dans la première partie de l'annexe du présent règlement intitulée "Actes généraux" ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé la convention avec la Caisse nationale de santé. Tous les autres actes sont regroupés dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement, intitulée "Actes techniques".

Le chapitre 9 intitulé "Stomatologie - Chirurgie maxillofaciale - Médecine dentaire" de la deuxième partie de l'annexe constitue une partie commune aux médecins et aux médecins-dentistes. Les actes techniques de ce chapitre peuvent donc être effectués à la fois par les médecins et par les médecins-dentistes.

En outre, sont accessibles aux médecins-dentistes les actes repris sous la section 2 - rapports au contrôle médical de la sécurité sociale - chapitre 5.- rapports, ainsi que les actes de chirurgie suivants:

- 2L71, 2L71M, 2L72, 2L72M, 2L73 de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- 2F11, 2F12, 2F13, 2F14 de la sous-section 4 de la section 2 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- 2K35 de la sous-section 1 de la section 3 du chapitre 2 de la deuxième partie de l'annexe
- 4G97 de la section 6 du chapitre 4 de la deuxième partie de l'annexe
- GUE11, GUD11, GUP11, GUA11, GUA12, GUA13 de la sous-section 2 de la section 3 du chapitre 3 de la deuxième partie de l'annexe.

Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 3.- Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Ces actes sont signalés par les lettres "APCM" (autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale requise) ou les lettres "ACM" (autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Tarif d'un acte

Art. 4.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les médecins ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur de la sécurité sociale, ceci conformément aux articles 66 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

Pour la détermination du tarif d'un acte complété par un suffixe en application des articles suivants, le montant déterminé ci-avant est multiplié par les coefficients suivants:

art. 8	suffixe E	coefficient 1,10
art. 8	suffixe N ou D ou F	coefficient 2,00
art. 9	suffixe B	coefficient 1,50
art. 9	suffixe R	coefficient 0,50
art. 11	suffixe P	coefficient 0,30
art. 12	suffixe V	coefficient 1,25
art. 12	suffixe A	coefficient 0,45
art. 13	suffixe L	coefficient 1,15

Le montant final résultant de l'application d'un ou de plusieurs coefficients est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

Consultation et visite

Art. 5.- La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. La visite comporte un déplacement du médecin soit au domicile ou lieu de séjour du patient, soit à l'hôpital, à l'exclusion de son propre cabinet médical.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de la caisse.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, frottis en dehors de l'interprétation), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements et l'établissement d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

La consultation majorée du médecin généraliste et de certains médecins spécialistes doit avoir une durée sensiblement supérieure à celle de la consultation normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. Toutefois cette périodicité ne s'applique pas aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie et, en ce qui concerne les médecins spécialistes en rhumatologie, à la consultation majorée mise en compte pour un examen ostéodensitométrique (8D01). Le médecin doit consigner le résultat de cet examen dans le dossier médical du patient. A la demande du contrôle médical de la

sécurité sociale, le médecin doit fournir un rapport écrit, dont la cotation est comprise dans la consultation majorée.

La visite majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie doit avoir une durée sensiblement supérieure à celle de la visite normale et suffisante pour permettre un examen exhaustif. Elle ne peut être mise en compte que tous les six mois pour la même personne. Le médecin doit consigner le résultat de cet examen dans le dossier médical du patient. A la demande du Contrôle médical de la sécurité sociale, le médecin doit fournir un rapport écrit, dont la cotation est comprise dans la visite majorée.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin ou que sa délivrance oblige le médecin à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin examine plusieurs personnes faisant partie de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

Pour une consultation ou une visite prestée dans un établissement à une personne y résidante, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre C pour l'acte presté à une personne résidant dans une maison de soins et par la lettre K pour l'acte presté à une personne résidant dans un centre intégré pour personnes âgées, dans une maison de retraite ou dans une institution.

Pour une consultation ou une visite prestée dans le cadre des soins palliatifs autorisés par le Contrôle Médical de la Sécurité Sociale, le médecin complète le code de la consultation ou de la visite par la lettre Z.

Indemnité horo-kilométrique

Art. 6.- L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extra-hospitalier et pour l'acte technique 1F11.

L'indemnité est calculée d'après la carte officielle des distances. Pour le calcul, le cabinet du médecin doit être pris comme point de départ, sans que toutefois l'indemnité mise en compte ne dépasse celle correspondant aux kilomètres effectivement parcourus.

Si en cas de déplacement à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin a établi son cabinet, le trajet dépasse un kilomètre, l'indemnité aller-retour peut être mise en compte pour les kilomètres excédentaires.

Traitement en milieu hospitalier

Art. 7.- A l'exception des médecins spécialistes en radiologie, le médecin qui n'est pas présent à l'hôpital, mais doit s'y déplacer spécialement et d'urgence pour un traitement ambulatoire ou un patient hospitalisé par un autre médecin, met en compte le tarif de la visite et les actes techniques effectués. Sur le mémoire d'honoraires il marque, outre le code de la visite, l'heure à laquelle cette dernière a été effectuée.

Si la personne séjourne en milieu hospitalier soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de

la sécurité sociale, le médecin traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 10). Si le médecin traitant doit se déplacer spécialement et d'urgence à l'hôpital le samedi après 12 heures, le dimanche ou un jour férié légal pour examiner un patient avec hospitalisation subséquente, il peut remplacer le forfait hospitalier du 1er jour par la visite à l'hôpital.

Est considéré comme médecin-traitant au sens des présentes dispositions le médecin qui effectue le traitement de la personne protégée durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'administration de l'hôpital conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une hospitalisation un autre médecin est appelé en consultation par le médecin traitant, cet autre médecin peut mettre en compte soit les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe pour les actes prescrits par le médecin traitant soit les tarifs prévus au chapitre premier de la première partie de l'annexe, les tarifs prévus à la deuxième partie de l'annexe, en respectant les règles de cumul énoncées à l'article 10, ainsi que le rapport R1 prévu à la section 1 du chapitre 5 de la première partie de l'annexe, dans les conditions et limites prévues à l'article 18.

Si au cours d'une même hospitalisation dans le même établissement la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de la même discipline médicale, le deuxième médecin doit, pour la détermination du forfait, tenir compte de la période d'hospitalisation antérieure mise en compte par le premier médecin.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de disciplines médicales différentes, le deuxième médecin met en compte le forfait correspondant comme s'il s'agissait d'une nouvelle hospitalisation, à condition que le changement de médecin ait été signalé endéans les vingt-quatre heures à l'administration de l'hôpital.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins relevant de disciplines médicales différentes, le médecin traitant défini à l'alinéa 3 du présent article émet une ordonnance médicale établie conformément aux dispositions de l'article 64 sous 1) du Code de la sécurité sociale sur laquelle il indique le nom et le code du médecin appelé à effectuer le traitement parallèle, la date de début ainsi que la durée approximative du traitement parallèle. Le deuxième médecin applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite et joint l'ordonnance médicale émise pour le traitement parallèle à son mémoire d'honoraires. Toutefois, l'ordonnance médicale n'est pas requise pour le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pendant le séjour au service de réanimation en phase postopératoire, pour autant que ce séjour ne dépasse pas douze jours. L'ordonnance médicale n'est pas requise pour le traitement parallèle par un médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles dans un service de rééducation en gériatrie.

N'est pas considéré comme traitement parallèle un traitement successif effectué le même jour.

Les actes des sections 5, 6 et 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte simultanément par plusieurs médecins dans le cadre d'un traitement parallèle.

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière, sans qu'un séjour inférieur à vingt-quatre heures puisse donner droit, pour un même médecin, à deux forfaits pour traitement en service de réanimation ou traitement avec soins intensifs spécifiques.

Les forfaits prévus à la section 2 du chapitre 4 de la première partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, gériatrie ainsi que par les médecins généralistes et les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par dérogation à la première phrase, les forfaits F282, F283, F284, F285 sont réservés aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés au service national de pédiatrie spécialisée. Les forfaits F20, F201, F25, F251, F27, F271, F282 et F283 peuvent être mis en compte

par un médecin, soit pour un malade transféré avec ordonnance de transfert, soit pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins six mois.

En cas de réintervention, le tarif postopératoire prévu à la section 3 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe peut de nouveau être mis en compte à partir du premier jour postopératoire à condition qu'il s'agisse d'une intervention faite sous anesthésie au sens de l'article 12, alinéa premier.

Les forfaits prévus à la section 5 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte qu'une fois par période d'hospitalisation. Ils ne peuvent être mis en compte que:

- par les médecins spécialistes en gériatrie, médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, rhumatologie, pédiatrie et radiothérapie ;
- pour des personnes nécessitant des soins intensifs spécifiques en raison d'accidents cardio-vasculaires aigus, de troubles graves du rythme cardiaque, de comas, de syndromes infectieux graves, de troubles métaboliques graves, de syndromes hémorragiques graves, de détresses respiratoires graves, du syndrome éclamptique, d'affections neuropsychiatriques aiguës (telles que états psychotiques aigus, états confusionnels aigus, risque aigu de suicide ou d'agression, coma ou stupeur, accès de paniques réitératifs) ou, avec l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale, pour toute autre affection grave.

Les forfaits prévus à la section 6 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation chez des malades admis au service de réanimation (sauf pour les positions F69 et F691) et nécessitant la réanimation avec surveillance étroite en cas d'affection aiguë ou de traumatisme (sous-section 1) ou le traitement avec surveillance étroite après intervention sous anesthésie générale (sous-section 2) ou l'anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (sous-section 3) ou le traitement complexe de la douleur (sous-section 4). Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 7 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésie-réanimation pour des affections nécessitant la présence prolongée auprès du malade avec disponibilité permanente du médecin et nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation pour décompensation cardio-vasculaire, pulmonaire ou cérébrale, hémorragies, coma et atteintes analogues, aussi après intervention sous anesthésie générale. Si des manoeuvres complexes ne sont plus requises la mise en compte est à continuer par la position correspondante de la section 6. Le protocole d'hospitalisation est compris.

Les forfaits prévus à la section 9 du chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, néphrologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, pneumologie, endocrinologie, hématologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, gériatrie, anesthésiologie et médecin généraliste.

Les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, hématologie, immunologie, maladies contagieuses, néphrologie, endocrinologie, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, neurologie, neuropsychiatrie, pédiatrie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles et en dermatologie, ainsi que par les médecins agréés auprès du réseau de compétences « douleur chronique » tel qu'il est défini par la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière. Par dérogation à la disposition qui précède le forfait F92 est réservé aux médecins spécialistes en pédiatrie attachés à un service de pédiatrie. Les forfaits F90 et F92 ne peuvent être mis en compte par un médecin que pour un malade transféré avec ordonnance de transfert ou pour un malade que ce médecin n'a pas examiné depuis au moins 6 mois.

Les forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que si le diagnostic du COVID-19 est établi. Pour les patients admis au départ avec une suspicion de COVID-19 non confirmée par la suite, les autres codes s'appliquent, suivant les règles de la nomenclature.

Les forfaits prévus à la sous-section 1 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que pour des patients hospitalisés dans les lits dédiés et

autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation définis par le Conseil Scientifique.

Les forfaits prévus à la sous-section 2 de la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en anesthésiologie, et uniquement que pour des patients hospitalisés dans les lits de soins intensifs dédiés et autorisés selon le phasage mis en place par la Direction de la santé dans le cadre de la pandémie COVID-19, et selon les critères d'hospitalisation en soins intensifs définis par le Conseil Scientifique.

Majoration du tarif des actes techniques

Art. 8.- Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, son tarif est majoré de cent pour cent, sauf si le libellé de l'acte ou la remarque relative à l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

Les actes d'endoscopie en urologie décrits au chapitre 5 de la deuxième partie de l'annexe et les actes d'endoscopie en pneumologie décrits à la sous-section 2 de la section 4 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent, s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 14 ans. Les actes d'endoscopie en gastro-entérologie décrits à la section 6 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe peuvent être majorés de dix pour cent, s'ils sont prestés sur des enfants de moins de 6 ans. Le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "E".

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9.- Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les actes de radiodiagnostic prévus à la section 1 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe peuvent être cumulés à plein tarif entre eux, à l'exception des restrictions inscrites dans ce même chapitre. Ces actes de radiodiagnostic sont considérés dans leur ensemble comme un seul acte technique en vue de l'application de l'alinéa 1er du présent article. Le tarif des films prévus à la sous-section 1 s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 1 du présent article, les actes suivant le troisième acte peuvent donner lieu à honoraires à raison de cinquante pour cent pour les actes techniques effectués lors du traitement opératoire d'un malade polytraumatisé au cours de la première hospitalisation. Ces actes sont soumis à l'accord du contrôle médical sur présentation des rapports opératoires relatifs. Par un malade polytraumatisé, il est entendu : un patient qui a subi plusieurs traumatismes (plaie(s), fracture(s), brûlure(s)...) dont au moins un met en danger les fonctions vitales.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante.

Est à considérer comme opération bilatérale la même opération effectuée des deux côtés. Si elle est faite en une séance, le tarif de l'opération unilatérale est majoré de cinquante pour cent et le médecin note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "B".

Le médecin ne peut mettre en compte qu'une seule séance par période de vingt-quatre heures

commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Cumul entre actes généraux et actes techniques

Art. 10.- Peuvent être cumulés les honoraires:

- 1) des consultations prévues aux sections 1 et 4 du chapitre 1 ou des examens médicaux prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe avec ceux d'un acte technique signalé par les lettres "CAC" (cumul avec consultation);
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique;
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, des actes techniques et de l'indemnité horo-kilométrique;
- 4) de la visite à l'hôpital prévue aux alinéas 1 et 2 de l'article 7 et des actes techniques, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 5) de la visite de nuit à l'hôpital entre 22.00 et 7.00 heures du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 6) de la visite du dimanche ou jour férié légal à l'hôpital du médecin spécialiste en radiologie avec ceux des actes techniques prévus au chapitre 8, section 1 de la deuxième partie de l'annexe, à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8;
- 7) pendant les deux premiers jours d'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier, à l'exception des positions F93 et F94, et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre à l'exception de la psychothérapie et ce pour les médecins spécialistes en médecine interne, oncologie, immunologie, maladies contagieuses, cardiologie, neurologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, endocrinologie, gastro-entérologie, pneumologie, pédiatrie, hématologie, néphrologie, rhumatologie, rééducation et réadaptation fonctionnelles, dermatologie, radiothérapie, médecin généraliste et médecin spécialiste en gériatrie;
- 8) pendant toute la durée de l'hospitalisation, des forfaits pour traitement hospitalier prévus au chapitre 4, sections 6 et 7 de la première partie de l'annexe avec l'oxygénothérapie hyperbare;
- 9) de l'examen pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie) et des actes techniques diagnostiques nécessaires pour un examen pré-anesthésique ainsi que de l'anesthésie définie à l'article 12 et des actes du chapitre 7, section 2 de la deuxième partie de l'annexe.
- 10) des forfaits pour le traitement hospitalier prévus au chapitre 4, section 1 à 5 et section 9 de la première partie de l'annexe avec les honoraires de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.
- 11) du forfait MR03 avec des actes généraux et techniques auxquels s'appliquent les dispositions prévues aux points 1 à 10 de l'alinéa 1 du présent article.
- 12) des consultations du médecin spécialiste en rhumatologie avec ceux de l'acte technique 1M45;
- 13) pendant la durée de l'hospitalisation, des forfaits prévus à la section 12 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe et des actes techniques à plein tarif et sans limitation de leur nombre et ce pour les médecins spécialistes en anesthésiologie, médecine interne, oncologie médicale, néphrologie, maladies contagieuses, cardiologie, gastro-entérologie, gériatrie, pneumologie, hématologie générale et pédiatrie.

Dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. Le dernier alinéa de l'article qui précède est applicable. Le médecin a droit aux honoraires les plus élevés, soit de l'acte général, soit des actes techniques après application de l'article qui précède. Toutefois, lorsque le ou les actes techniques ne sont pas accompagnés d'un examen du patient et notamment s'ils sont effectués en série, l'intervention du médecin n'a pas la valeur d'une consultation et il n'a droit qu'aux honoraires du ou des actes techniques.

Dans les cas visés sous 1) à 4) ci-dessus, l'alinéa premier de l'article 9 s'applique pour le cumul des actes techniques entre eux.

Assistance opératoire

Art. 11.- Si la complexité de l'intervention exige une assistance opératoire, celle-ci est fixée à trente pour cent du coefficient de l'acte opératoire en cause ou, le cas échéant, à trente pour cent de la somme des coefficients des actes opératoires effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieure au coefficient 7,75. Sur son mémoire d'honoraires le médecin note le code du ou des actes suivi de la lettre "P". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8. Le médecin effectuant l'assistance opératoire applique les mêmes règles de cumul et de réduction respectivement de majoration que le médecin effectuant l'intervention en cause.

Lorsque l'intervention et l'assistance opératoire sont effectuées par des médecins pratiquant en association, l'alinéa 2 de l'article 1 n'est pas applicable pour la mise en compte de ces actes.

L'assistance opératoire mutuelle de deux médecins ne peut être mise en compte que si les médecins en cause exercent une spécialité chirurgicale différente et ne font pas partie d'une même association.

Lorsque deux médecins mettent en compte le tarif pour assistance opératoire, le médecin ayant effectué l'intervention doit fournir une justification écrite à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale.

Dispositions particulières aux médecins spécialistes en anesthésie-réanimation

Art. 12.- Les actes d'anesthésie accompagnant une intervention, réalisés conformément au présent article, sont des actes techniques réservés au médecin spécialiste en anesthésie-réanimation et concernent

- l'anesthésie générale par inhalation ou injection,
- l'anesthésie régionale type rachianesthésie, anesthésie épidurale ou anesthésie par infiltration de racines, plexus ou troncs nerveux,
- la surveillance per-opératoire continue par monitoring pour la durée totale d'une intervention faite sous anesthésie locale et sous sédation pour risque spécifique par l'intervention faite ou pour risque par une affection générale pouvant décompenser.

Ces actes ne sont pas cumulables avec les actes des sections 1 et 3 du chapitre 7 de la deuxième partie de l'annexe.

Sont compris dans le coefficient de l'acte d'anesthésie les prestations suivantes: les cathétérismes veineux central, artériel ou cardiaque, l'intubation (excepté 7A22), la surveillance, le monitoring, et la réanimation per-opératoire, la manipulation per-opératoire et la transfusion de sang, la réanimation et la surveillance post-anesthésique le jour de l'intervention, y compris celle en salle de réveil (non compris celle au lit du service de réanimation). Le protocole de l'anesthésie est compris.

L'anesthésie est à mettre en compte par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation à un tarif correspondant à quarante-cinq pour cent du coefficient de l'acte en cause ou, le cas échéant, à quarante-cinq pour cent de la somme des coefficients des actes effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieur au coefficient 21,65. Sur son mémoire d'honoraires, le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation note le code du ou des actes complété par la lettre "A". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8, de même que celles prévues à l'alinéa qui suit.

En plus, il peut mettre en compte une majoration de vingt-cinq pour cent si l'anesthésie est pratiquée sur une personne âgée de plus de soixante-quinze ans ou sur un enfant de moins de quatorze ans. Dans ce cas, il complète le code de l'intervention par la lettre "V".

Le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation applique les mêmes règles de cumul et de réduction respectivement de majoration que le médecin effectuant l'intervention en cause.

L'examen pré-anesthésique (section 5 du chapitre 1 de la première partie), l'anesthésie définie à l'article 12, le forfait de soins intensifs (section 6 et 7 du chapitre 4 de la première partie) et les urgences extra-hospitalières (section 4 du chapitre 7 de la deuxième partie) sont à considérer comme actes faits dans une séance différente pour l'application de l'article 9, alinéa 1 et de l'article 10,

avant-dernier alinéa.

Dispositions particulières à l'anesthésie locale

Art. 13.- En cas d'anesthésie locale, le tarif de l'acte auquel l'anesthésie se rapporte est majoré de quinze pour cent. L'anesthésie locale ne peut être mise en compte si simultanément une anesthésie au sens de l'alinéa 1er de l'article 12, est pratiquée. En outre elle ne peut être mise en compte, si le libellé de l'acte qu'elle accompagne comporte la précision "anesthésie locale comprise".

Sur le mémoire d'honoraires le médecin complète le code de l'intervention par la lettre "L".

L'anesthésie de contact est toujours comprise dans l'acte technique, respectivement la consultation.

Concordance des codes d'un acte technique en cas d'intervention pratiquée sous anesthésie

Art. 14.- En cas d'intervention pratiquée sous anesthésie, les codes appliqués par les différents médecins concernés doivent être concordants. En cas de contestation, le rapport de l'intervention fait foi.

Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 15.- Le médecin ne peut mettre en compte un tarif spécifique pour couvrir les frais de location d'un appareil, que si ce tarif spécifique est prévu dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement et désigné par le code de l'acte correspondant complété par la lettre "X". La mise en compte de ce tarif spécifique ne peut être faite qu'à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que l'appareil soit, le cas échéant, dûment autorisé, que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question.

Le médecin ne peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, que s'il est effectué en milieu extra-hospitalier et qu'un tarif spécifique est inscrit dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement avec le code de l'acte correspondant complété par la lettre "M".

Le médecin ne peut mettre en compte des frais de matériel sans suture pour les actes techniques CGA11, CGA12, CLA11, CLA12, CLA13, CLA14, CLA15, CLA16, CLA17, CLA18, CLA19, CLA21, CLQ11, CLQ12, CLQ13 et CLQ14 indiqués dans la deuxième partie, chapitre 1er, section 8 de l'annexe du présent règlement que s'ils sont effectués en milieu extra-hospitalier et qu'aucune suture n'est réalisée. Le médecin note sur le mémoire d'honoraires le code de l'acte technique complété par la lettre « M ». Ce tarif spécifique pour couvrir les frais de matériel sans suture correspond à huit pour cent du coefficient de l'acte technique en cause, arrondi à 1 position décimale conformément à l'article 4 du présent règlement.

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration. Les dispositions de l'alinéa 1er de l'article 9 ne sont pas applicables.

Art. 15bis.- Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence sont appliqués par tranche de douze mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie ».

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa 9, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

Les articles 8, alinéa 1er, et 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

Le présent article ne s'applique qu'au tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie ».

Art. 15ter.- Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1er « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie », ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1er « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépato-Gastro-Entérologie », implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil

installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité de référence.

Les seuils d'activité de référence sont appliqués par tranche de douze mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1er « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépatogastro-entérologie ».

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa 9, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

Les articles 8, alinéa 1er, et 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

Le présent article ne s'applique qu'au tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1er « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 6 « Hépatogastro-entérologie ».

Art. 15quater.- Par dérogation à l'article 15, les forfaits pour frais d'utilisation d'appareil du tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 3 « Oto-rhino-laryngologie », ne peuvent être mis en compte que lorsqu'un acte du tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 3 « Oto-rhino-laryngologie » implique l'utilisation de cet appareil. La mise en compte des forfaits pour frais d'utilisation d'appareil n'est possible que pour les appareils installés en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question et déclarés à la Caisse nationale de santé par le médecin ou l'association.

Ces forfaits englobent les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de l'appareil installé, dont l'équipement principal, la maintenance corrective et évolutive, les consommables et les frais liés à l'archivage des résultats délivrés par l'appareil.

Le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil installé, de la date de la première prestation résultant de l'utilisation de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, du nombre d'actes effectués et d'un seuil d'activité

de référence.

Les seuils d'activité de référence sont appliqués par tranche de douze mois. Le seuil d'activité de référence ainsi que les montants plein ou réduit y relatifs, retenus par classe d'appareil, sont fixés au tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie ».

Afin de déterminer l'activité réelle annuelle, le décompte du nombre d'actes débute, pour une année X, le jour de la mise en compte du premier acte réalisé à l'aide de l'appareil installé et dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, et s'achève au 31 décembre de la même année X.

Tant que l'appareil n'est pas amorti et que l'activité réelle annuelle est inférieure ou égale au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est mis en compte.

Dès que l'activité réelle annuelle dépasse le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil est appliqué, que l'appareil soit amorti ou non.

Dès que l'appareil est considéré comme amorti, le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil s'applique.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur cinq ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie.

Par dérogation à l'alinéa 9, la durée de l'amortissement des appareils peut être prolongée jusqu'à sept ans révolus depuis la date de la première prestation réalisée à l'aide de l'appareil installé et prise en charge par l'assurance maladie, tant que pour au moins cinq ans sur cette période maximale de sept ans révolus, l'activité annuelle réelle est inférieure au seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé et à condition que le nombre de forfaits à montant plein pris en charge par l'assurance maladie reste inférieur à cinq fois le seuil d'activité de référence déterminé pour l'appareil visé.

Le montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil ne tient compte que des frais de fonctionnement de l'appareil de sorte que les frais d'amortissement de l'appareil ne puissent plus être mis en compte.

Les articles 8, alinéa 1er, et 9 ne s'appliquent pas au forfait pour frais d'utilisation d'appareil de sorte que le montant du forfait pour frais d'utilisation d'appareil se cumule avec tout autre acte technique autorisé.

Le présent article ne s'applique qu'au tableau des actes et services, deuxième partie « Actes techniques », chapitre 3 « Oto-Rhino-Laryngologie ».

Dispositions particulières aux actes de biologie médicale

Art. 16.- Par dérogation aux dispositions de l'article 1er, les médecins peuvent mettre en compte en supplément aux actes généraux et techniques les actes de biologie médicale conformément à la nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et conformément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Dispositions particulières aux actes d'imagerie médicale

Art. 17.- Les actes de radiologie prévus aux sections 1, 2 (sous-section 1) et 5 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en radiologie, ainsi que par les médecins qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants. En vertu de la même loi, les actes de médecine nucléaire (section 4 du chapitre 8) ne peuvent être exécutés et mis en compte que par les médecins spécialistes en

médecine nucléaire, ainsi que par les médecins qui sont autorisés à exécuter certains actes de médecine nucléaire.

Le tarif de l'acte comprend obligatoirement la rédaction d'un rapport. Ce rapport est adressé au médecin qui a demandé l'examen par ordonnance, et, sur demande, au contrôle médical de la sécurité sociale ainsi qu' à tout autre médecin.

Lorsque, lors d'une même séance, plusieurs procédés d'imagerie médicale sont mis en oeuvre pour examiner le même organe, respectivement le même segment, ces procédés ne sont pas cumulables, sauf dérogations précisées dans la 2e partie de l'annexe ou accord du contrôle médical.

Les actes de la sous-section 1 (échographie), section 3, du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne sont pas cumulables entre eux.

Les actes prévus aux sections 3 et 4 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.

Les actes prévus aux sous-sections 1re et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.

Les actes prévus aux sous-sections 1re et 2 de la section 3 du chapitre 8 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent pas être mis en compte par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte. Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

Rapports médicaux

Art. 18.- Pour tout acte technique de diagnostic ou de traitement, le rapport y relatif est compris dans le coefficient de cet acte. Ce rapport doit être communiqué sans délai au médecin ayant transféré le malade et, sur demande au médecin-conseil du contrôle médical ou à tout médecin ayant à traiter ce malade.

Un rapport écrit est obligatoire pour tout acte de traitement fait sous anesthésie au sens de l'article 12 et pour tout acte technique de diagnostic. Sa rémunération est incluse dans le coefficient de l'acte en cause.

Le rapport R1 ne peut être mis en compte que dans les limites et conditions suivantes :

1. L'ordonnance médicale, établie par le médecin traitant identifié par son code médecin, doit contenir au moins la demande expresse d'un avis.
2. Le médecin consulté ne poursuit pas lui-même le traitement.

Les rapports R4 à R6 et R9 ne peuvent être mis en compte que s'ils sont demandés par l'organisme de sécurité sociale compétent et que s'ils comprennent toutes les données demandées par le formulaire et nécessaires pour permettre une conclusion adéquate par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Dispositions particulières aux forfaits d'accouchement

Art. 19.- Par forfaits d'accouchement, on entend les actes prévus à la sous-section 5 « Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement » de la section 1re « Obstétrique » du chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques », à l'exception de l'acte relatif à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique. L'assistance à l'accouchement exige une présence obligatoire du médecin pendant la phase d'expulsion. Pendant la phase de dilatation le médecin assure une disponibilité permanente.

Sont compris dans ces forfaits les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf l'acte relatif

à la tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique et les actes énumérés à la sous-section 6 « Traitement des complications immédiates de l'accouchement », de la section 1re « Obstétrique » du chapitre 6 « Gynécologie » de la deuxième partie « Actes techniques ».

Sont compris en outre les consultations et visites pendant la durée du séjour de la mère à l'hôpital. Si la parturiente doit être hospitalisée plus de 10 jours par le médecin, celui-ci met en compte, à partir du 11e jour, les forfaits d'hospitalisation «F12 ou F121» (maximum 4 jours) et suivants.

Sont compris aussi dans le forfait d'accouchement les consultations ambulatoires éventuelles des cinq premiers jours suivant l'accouchement.

En cas de césarienne ou en cas de l'évacuation de l'utérus gravide avant la date de viabilité légale du fœtus, les forfaits d'accouchement ne sont pas à mettre en compte par le médecin.

Le médecin qui n'est appelé qu'après l'expulsion de l'enfant, met en compte les actes techniques à faire et les tarifs du traitement postopératoire («F31 ou F311» et suivants).

Dispositions relatives au dispositif du médecin référent

Art. 20.- En application de l'article 19bis, alinéa 1er, point 5) du Code de la sécurité sociale, seules les pathologies chroniques graves qualifiées d'affections de longue durée suivantes peuvent donner lieu à la mise en compte de la position MR03:

1	Accident vasculaire cérébral invalidant
2	Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques
4	Bilharziose compliquée
5	Insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves
6	Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses
7	Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
9	Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
12	Hypertension artérielle sévère
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
15	Maladie d'Alzheimer et autres démences
16	Maladie de Parkinson
17	Maladies métaboliques héréditaires
18	Mucoviscidose
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique
20	Paraplégie
21	PAN, LEAD, sclérodermie généralisée
22	Polyarthrite rhumatoïde
23	Affections psychiatriques de longue durée
24	Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives
25	Sclérose en plaques
26	Scoliose structurale évolutive
27	Spondylarthrite ankylosante grave
28	Suites de transplantation d'organe
29	Tuberculose active
30	Tumeur maligne
31	Affections dites "hors liste"
32	Polypathologies

Ne sont considérées au titre de l'affection de longue durée 31 «Affections dites hors liste» que les maladies graves de forme évolutive ou invalidante comportant un traitement prolongé d'une durée

prévisible supérieure à six mois.

Ne sont considérées au titre de l'affection de longue durée 32 «Polypathologies» que les pathologies caractérisées entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Dispositions transitoires

Art. 21.- Les dispositions du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie relatives au dispositif du médecin référent et concernant la mise en compte des actes MR01 et MR02 applicables au 30 juin 2015, restent applicables jusqu'au 30 juin 2016 pour les relations médecin référent qui ont pris effet avant le 30 juin 2015, sous réserve de ce qui suit:

Les actes MR02 et MR03 ne peuvent pas être mis en compte pour couvrir une même période.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR01 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, le médecin référent peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant le 30 juin 2015.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 20 du présent règlement grand-ducal, le médecin référent peut mettre en compte le forfait MR02 pour la période entamée avant le 30 juin 2015.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date et qui répondent aux conditions définies à l'article 20 du présent règlement grand-ducal sans que toutefois une pathologie chronique grave ait été déclarée au 30 juin 2015, le médecin référent peut mettre en compte le forfait MR02 pour la période entamée avant le 30 juin 2015 ainsi que, le cas échéant, une autre période de six mois complète.

Pour les personnes protégées déclarées avant le 30 juin 2015 en tant que MR02 suivant les dispositions applicables jusqu'à cette date, mais qui ne répondent pas aux conditions définies à l'article 20 du présent règlement grand-ducal, le médecin référent peut mettre en compte le forfait correspondant pour la période entamée avant le 30 juin 2015.

**Tableau des actes et services tel que prévu
à l'article 1 du présent règlement grand-ducal**

Tarifs

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,52755

NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES MEDECINS

Cote d'application:	944,43
Valeur lettre-clé:	4,9823
Valable à partir du:	01.01.2025

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

Chapitre 1 - Consultations

Section 1 - Consultations normales

	Code	Coeff.	Tarif
1) Consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C1	11,95	59,50
2) Consultation du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie	C2	10,97	54,70
3) Consultation du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie	C3	9,97	49,70
4) Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C4	9,05	45,10
5) Consultation du médecin spécialiste en pneumologie	C5	8,89	44,30
6) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans	C6	13,09	65,20
7) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie	C7	8,90	44,30
8) Consultation du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie	C8	12,24	61,00
9) Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie	C9	12,24	61,00
10) Consultation du médecin spécialiste en neurologie	C10	13,32	66,40
11) Consultation du médecin spécialiste en rhumatologie	C11	12,58	62,70
12) Consultation du médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles	C12	9,13	45,50
13) Consultation du médecin spécialiste en - chirurgie générale - orthopédie - chirurgie plastique - chirurgie thoracique - chirurgie vasculaire - neurochirurgie - chirurgie gastro-entérologique - chirurgie maxillo-faciale	C13	8,66	43,10
14) Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C14	13,26	66,10
15) Consultation du médecin spécialiste en urologie	C15	8,66	43,10
16) Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie	C16	11,52	57,40
17) Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie	C17	9,24	46,00
18) Consultation du médecin spécialiste en stomatologie	C18	8,66	43,10
19) Consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation (non en rapport avec un examen pré-anesthésique)	C19	7,13	35,50
20) Consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire	C20	8,66	43,10
21) Consultation du chirurgien rattaché au service national de chirurgie infantile pour un enfant de moins de 18 ans	C21	11,65	58,00
23) Consultation du médecin spécialiste en endocrinologie	C23	13,32	66,40
24) Consultation du médecin spécialiste en chirurgie pédiatrique	C24	11,65	58,00
29) Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C29	8,66	43,10
30) Consultation du médecin spécialiste en médecine génétique	C75	13,32	66,40
31) Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie infantile	C78	12,24	61,00

Section 2 - Consultations majorées

1) Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - endocrinologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie	C30	16,59	82,70
2) Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie	C31	15,57	77,60
3) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie	C32	16,31	81,30
4) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie	C33	15,18	75,60

	Code	Coeff.	Tarif
5) Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie	C34	17,06	85,00
6) Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles	C35	15,18	75,60
7) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie	C36	15,18	75,60
8) Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg	C37	22,78	113,50
9) Consultation majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	C38	17,83	88,80
10) Consultation majorée du médecin spécialiste en radiothérapie	C39	16,59	82,70
11) Consultation majorée du médecin spécialiste en dermatologie	C40	16,59	82,70
12) Consultation majorée du médecin spécialiste en médecine génétique	C76	16,59	82,70
13) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie infantile	C79	15,18	75,60
14) Consultation majorée du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique	C43	17,40	86,70
Section 3 - Tarifs spéciaux			
1) Renouvellement d'ordonnance	C41	3,82	19,00
2) Injections et pansements en série, par séance (non applicable pour médicaments non à charge , sauf vaccin)	C42	3,82	19,00
3) Téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales ou de déclarations d'incapacité de travail	C45	11,95	59,50
4) Forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales	FC45	55,40	276,00
5) Forfait pour l'inscription dans le registre de vaccination contre la COVID-19, selon les directives de la Direction de la santé, d'un patient reconnu vulnérable	C46	3,82	19,00
6) Forfait pour vaccination contre la COVID-19 et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé	C47	11,95	59,50
REMARQUES:			
1) L'acte FC45 est limité : <ul style="list-style-type: none"> • à une prise en charge COVID-19 dans une filière hospitalière dédiée à la prise en charge des patients COVID-19. Dans ce cadre, les médecins de la filière restent libres de mettre en compte soit l'acte FC45, soit les actes spécifiques à la prise en charge des patients COVID-19. Néanmoins, l'utilisation de l'acte FC45 s'applique à l'ensemble de la filière et des médecins, pour tous les patients pris en charge au sein de la filière. De ce fait, l'utilisation de l'acte FC45 sur une journée n'est pas cumulable avec la facturation d'autres actes ou forfaits de la nomenclature des actes des médecins sur la même date et pour les mêmes patients.			
2) L'acte C45 peut être mis en compte dans le contexte de l'ordonnance de la Direction de la santé du 4 mai 2020 concernant les activités exercées en cabinet libéral. Le recours à la téléconsultation ne peut se faire que pour des patients habituellement suivis par le médecin, c'est à dire dont la prise en charge ou le traitement a déjà été initié préalablement en présentiel avec le patient. Le recours à la téléconsultation se fait préférentiellement par l'utilisation de l'outil de l'agence e-Santé avec visiophonie. La présence physique au Luxembourg du médecin reste requise.			
3) L'acte C46 est d'application dans le contexte des directives du Directeur de la santé relatives à la stratégie vaccinale contre la COVID-19 et concernant l'inscription des personnes reconnues vulnérables. Des mémoires d'honoraires établis à part pour l'acte C46 ne donnent pas lieu à un remboursement de l'assuré. Un relevé des déclarations et des indemnités y relatives sera automatiquement établi à la fin de la campagne de vaccination par la Direction de la santé, et transmis à la CNS pour mise en paiement par tiers-payant. Un seul acte est facturable par assuré. Les déclarations multiples pour un même patient, par un seul ou plusieurs médecins, ne sont pas permises.			
Section 4 - Consultations spéciales			
<i>Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie</i>			
1) Consultation urgente	C51	12,71	63,30
2) Consultation du soir demandée et faite entre 19h et 22h	C52	13,84	69,00
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal	C53	13,84	69,00
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	C54	20,49	102,10
<i>Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie</i>			
1) Consultation urgente du pédiatre	C55	14,55	72,50
2) Consultation du soir demandée et faite entre 19h et 22h du pédiatre	C56	17,66	88,00
3) Consultation de dimanche et de jour férié légal du pédiatre	C57	17,66	88,00
4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures du pédiatre	C58	24,26	120,90
<i>Sous-section 3 - Consultation dans le cadre du service national d'urgence pédiatrique</i>			
1) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C590	14,55	72,50

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
2) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C591	26,50	132,00
3) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C592	26,50	132,00
4) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C593	36,39	181,30
5) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C594	25,48	126,90
6) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C595	46,38	231,10
7) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C596	46,38	231,10
8) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C597	63,70	317,40

REMARQUE:

Les positions C590 à C597 ne sont pas utilisables pour les consultations faites au sein d'une Maison Médicale Pédiatrique.

Sous-section 4 - Consultation dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde

1) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C600	12,71	63,30
2) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C601	13,84	69,00
3) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C602	13,84	69,00
4) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C603	20,49	102,10
5) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C604	25,42	126,70
6) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C605	27,69	138,00
7) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), le dimanche ou un jour férié légal	C606	27,69	138,00
8) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C607	40,99	204,20

Sous-section 5 - Consultations dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19

1) Consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 7h et 19h	C801	11,95	59,50
2) Consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite entre 19h et 22h	C802	13,84	69,00
3) Consultation du médecin généraliste ou du médecin spécialiste, dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, faite le dimanche ou un jour férié légal	C803	13,84	69,00

Sous-section 6 - Consultation dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19

1) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C811	12,71	63,30
2) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C812	13,84	69,00
3) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C813	13,84	69,00
4) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C814	20,49	102,10
5) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C815	25,42	126,70
6) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C816	27,69	138,00
7) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C817	27,69	138,00
8) Consultation au service d'urgence d'un hôpital de garde, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C818	40,99	204,20

Sous-section 7 - Consultation dans le cadre du service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19

	Code	Coeff.	Tarif
1) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C821	14,55	72,50
2) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C822	26,50	132,00
3) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C823	26,50	132,00
4) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C824	36,39	181,30
5) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 7h et 19h	C825	25,48	126,90
6) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h	C826	46,38	231,10
7) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite le dimanche ou un jour férié légal	C827	46,38	231,10
8) Consultation au service national d'urgence pédiatrique, dans une filière dédiée à la prise en charge des patients atteints du COVID-19, correspondant aux niveaux d'urgence 1, 2 et 3 selon l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 22h et 7h	C828	63,70	317,40

Section 5 - Examen pré-anesthésique du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation

1) Examen pré-anesthésique à l'hôpital avant l'intervention	C61	7,04	35,10
2) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le soir entre 20 et 22 heures	C62	12,39	61,70
3) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le dimanche ou un jour férié légal	C63	12,39	61,70
4) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait la nuit entre 22 et 7 heures	C64	18,35	91,40
5) Examen pré-anesthésique pour intervention programmée	C71	7,04	35,10
6) Ré-examen pré-anesthésique moins de 24 heures avant une anesthésie générale, suite à un premier examen pré-anesthésique pour intervention programmée	C74	7,04	35,10

REMARQUES:

Pour l'ensemble des examens en vue d'une anesthésie générale (au sens de l'article 12) une seule des positions C61 à C71 peut être mise en compte par l'anesthésiste-réanimateur. Le ré-examen C74 peut être mis en compte en plus si cet examen est fait en dehors du bloc opératoire. Le protocole de ces examens est compris.

Les positions (majorées) C62 à C64 ne peuvent être mises en compte que pour des interventions non programmées.

Pour des interventions ultérieures au cours de la même hospitalisation ou pendant une période de 3 semaines, seule la position C74 peut être mise en compte une nouvelle fois.

L'examen pré-anesthésique ne peut être mis en compte en cas d'hospitalisation en réanimation par l'anesthésiste avant l'intervention nécessitant une anesthésie.

Chapitre 2 - Visites

Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier

Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Visite du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	V1	15,01	74,80
2) Visite du médecin spécialiste	V2	12,86	64,10
3) Visite urgente	V3	16,35	81,50
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V4	19,29	96,10
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V5	16,35	81,50
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V6	19,29	96,10
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V7	26,10	130,00
8) Visite majorée du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en gériatrie	V8	17,98	89,60

Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie

1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis	V10	15,01	74,80
2) Visite du pédiatre	V11	12,86	64,10
5) Visite urgente	V12	18,98	94,60
6) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V13	21,92	109,20
7) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V14	18,98	94,60
8) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V15	21,92	109,20

	Code	Coeff.	Tarif
9) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V16	28,57	142,30
<i>Sous-section 3 - Médecins généralistes et médecins spécialistes en gériatrie en cas de visite auprès d'un patient relevant de l'assurance dépendance ou déclaré «soins palliatifs» ou en cas de certificat de décès</i>			
1) Visite du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	V101	19,29	96,10
2) Visite urgente	V301	19,29	96,10
3) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V401	19,29	96,10
4) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V501	19,29	96,10
5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V601	19,29	96,10
6) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V701	26,10	130,00
<i>Sous-section 4 - Tarifs spéciaux</i>			
1) Forfait réservé aux médecins spécialistes en médecine générale, gériatrie, pédiatrie et médecine interne pour visite et vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale, et inscription dans le registre de vaccination, selon les directives de la Direction de la santé	V801	19,29	96,10
Section 2 - Visites en milieu hospitalier			
<i>Sous-section 1 - Tous les médecins à l'exception des médecins-spécialistes en pédiatrie</i>			
1) Visite du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie	V20	14,15	70,50
2) Visite du médecin spécialiste	V21	14,15	70,50
3) Visite urgente	V22	17,99	89,60
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V23	21,22	105,70
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V24	17,99	89,60
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V25	21,22	105,70
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V26	28,70	143,00
<i>Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie</i>			
1) Visite du pédiatre pour un enfant jusqu'à l'âge de 14 ans accomplis	V30	16,51	82,30
2) Visite du pédiatre	V31	14,15	70,50
3) Visite urgente	V32	20,87	104,00
4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures	V33	24,12	120,20
5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures	V34	20,87	104,00
6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal	V35	24,12	120,20
7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures	V36	31,43	156,60
Chapitre 3 - Déplacements			
1) Indemnité horo-kilométrique par kilomètre	K1	0,72	3,60
2) Indemnité horo-kilométrique, par kilomètre, pour le service de garde en médecine générale réglementé par convention entre l'Etat et l'Association des Médecins et Médecins-dentistes	K2	1,03	5,10
3) Indemnité horo-kilométrique, par kilomètre, pour la vaccination contre la COVID-19 de personnes ne pouvant se déplacer en consultation pour raison médicale	K3	0,72	3,60
Chapitre 4 - Traitement hospitalier			
Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général			
1) 1er jour d'hospitalisation	F11	4,04	20,10
2) 1er jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F111	7,07	35,20
3) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F12	4,04	20,10
4) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F121	7,07	35,20
5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F13	2,05	10,20
6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F14	1,00	5,00
Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne			
1) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste	F20	24,10	120,10
2) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste, le dimanche ou un jour férié légal	F201	42,18	210,20
3) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré)	F21	8,57	42,70
4) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F211	14,99	74,70
5) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F22	6,49	32,30
6) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F221	11,37	56,60
7) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F23	3,37	16,80
8) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F24	1,00	5,00
9) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie	F25	30,16	150,30
10) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en	F251	52,78	263,00

	Code	Coeff.	Tarif
oncologie, le dimanche ou un jour férié légal			
11) 1er jour d'hospitalisation par un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie (malade non transféré)	F26	15,08	75,10
12) 1er jour d'hospitalisation par un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F261	26,39	131,50
13) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie	F27	24,10	120,10
14) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie, le dimanche ou un jour férié légal	F271	42,18	210,20
15) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré)	F28	8,57	42,70
16) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F281	14,99	74,70
17) 1er jour d'hospitalisation dans le service national de pédiatrie spécialisée d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie	F282	48,20	240,10
18) 1er jour d'hospitalisation dans le service national de pédiatrie spécialisée d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie, le dimanche ou un jour férié légal	F283	84,34	420,20
19) 1er jour d'hospitalisation dans le service national de pédiatrie spécialisée d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré)	F284	17,13	85,30
20) 1er jour d'hospitalisation dans le service national de pédiatrie spécialisée d'un enfant de moins de 14 ans par un médecin spécialiste en pédiatrie (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal	F285	29,97	149,30
21) 2ième au 7ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, par jour	F29	16,43	81,90
22) 2ième au 7ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, le dimanche ou un jour férié légal	F291	28,75	143,20
23) 8ième au 14ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, par jour	F30	10,83	54,00
24) 8ième au 14ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, le dimanche ou un jour férié légal	F301	18,96	94,50

REMARQUE:

1) Les forfaits F29, F291, F30 et F301 sont réservés au médecin spécialiste en gériatrie. Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci.

Section 3 - Traitement hospitalier stationnaire post-opératoire

1) 1er au 7e jour d'hospitalisation, par jour	F31	3,44	17,10
2) 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F311	6,03	30,00
3) 8e au 14e jour d'hospitalisation, par jour	F32	1,71	8,50
4) 8e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal	F321	3,00	14,90
5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour	F33	1,11	5,50
6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour	F34	1,00	5,00

Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée

1) Traitement en cas d'hébergement reconnu, par jour	F40	0,99	4,90
2) Traitement stationnaire dans un service de rééducation gériatrique, par jour d'hospitalisation	F42	10,89	54,30
3) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de rééducation fonctionnelle et réadaptation, par jour d'hospitalisation	F43	10,89	54,30
4) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en soins normaux	F48	10,89	54,30
5) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en unité fermée	F49	13,51	67,30
6) Traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation physique, par jour d'hospitalisation	F44	10,89	54,30
7) Traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation post-oncologique, par jour d'hospitalisation	F45	10,89	54,30

REMARQUES:

- 1) La position F42 est réservée au médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles attaché à un service de rééducation gériatrique et au médecin spécialiste en gériatrie.
- 2) La position F43 est réservée au médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles attaché au centre national de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.
- 3) Les positions F48 et F49 sont réservées au médecin spécialiste en psychiatrie attaché au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique. Ces forfaits comprennent les actes techniques prévus à la sous-section 2 - Psychiatrie de la section 5 du chapitre 1 de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent être remplacés par ceux-ci.
- 4) Les positions F44 et F45 sont réservées aux médecins attachés au service national de réhabilitation physique, respectivement au service national de réhabilitation post-oncologique. Les positions F44 et F45 ne permettent pas la facturation simultanée d'un traitement parallèle.

Section 5 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes

1) 1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F51	47,52	236,80
2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F511	71,27	355,10
3) 3e au 6e jour de soins intensifs, par jour	F52	24,10	120,10
4) 3e au 6e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F521	36,15	180,10

REMARQUE:

A la fin du traitement avec soins intensifs ou à partir du 7e jour, voir section 2, point 5 ou 6.

Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur*Sous-section 1 - Soins intensifs non en rapport avec une intervention sous anesthésie générale*

	Code	Coeff.	Tarif
1) 1er et 2e jour de soins intensifs, par jour	F61	51,41	256,10
2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F611	77,12	384,20
3) A partir du 3e jour de soins intensifs, par jour	F62	20,04	99,80
4) A partir du 3e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal	F621	30,06	149,80

Sous-section 2 - Soins intensifs post-opératoires (moins de 96 heures après une intervention sous anesthésie générale)

1) 1er et 2e jour de soins intensifs post-opératoires, par jour	F65	30,82	153,60
2) 1er et 2e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal	F651	46,23	230,30
3) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, par jour	F66	30,82	153,60
4) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal	F661	46,23	230,30

Sous-section 3 - Soins intensifs par anesthésie péridurale continue ou par anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise), non en rapport avec une intervention sous anesthésie au sens de l'article 12, alinéa 1

1) Traitement par anesthésie continue, par jour	F68	20,04	99,80
2) Traitement par anesthésie continue, le dimanche ou un jour férié légal	F681	30,06	149,80

Sous-section 4 - Traitement de la douleur aiguë post-opératoire d'un malade non hospitalisé au service de réanimation, par PCA avec pompe à morphine ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux (mise en place comprise)

1) Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, par jour	F69	20,04	99,80
2) Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F691	30,06	149,80

REMARQUE:

Les positions F69 et F691 ne peuvent être mises en compte que pour les actes opératoires suivants :

- 2F13, 2F14, 2F46, 2F47 ;
- 2K52, 2K65 ;
- 2E41, 2E62, 2E94, 2E95, et 2J01 à 2J45 ;
- 2T21 à 2T23, 2T42, 2T51 à 2T53, 2T61, 2T73, 2T74, 2T81, 2T82 ;
- 2W44 à 2W49, 2X18 à 2X69, 2Y07, 2Y08, 2Y83 à 2Y90, 2Z07 à 2Z21, 2Z24 à 2Z29, 2Z64 et 2Z65 ;
- YVQ11 à YVQ13, 2V35, 2V65, 2V73, 2V75, 2V82 à 2V85, 2V92, 2V94 à 2V96 ;
- GVP11, GZQ12, GZQ13, GWA11, GWA12, GXA12 ;
- MQA12 à MQR15, MLA22 à MLR24, MLQ17 et MZA15 à MZR15 ;
- NNA21, NNA22, NNC21, NNC22, NLA26, NLA27, NLC28 et NLC29.

Section 7 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur*Sous-section 1 - Réanimation non en rapport avec une intervention sous anesthésie générale*

1) 1er et 2e jour de réanimation, par jour	F71	117,11	583,50
2) 1er et 2e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal	F711	175,66	875,20
3) 3e et 4e jour de réanimation, par jour	F72	58,55	291,70
4) 3e et 4e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal	F721	87,84	437,60
5) A partir du 5e jour de réanimation, par jour	F73	35,07	174,70
6) A partir du 5e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal	F731	52,62	262,20

Sous-section 2 - Réanimation complexe post-opératoire (moins de 96 heures après une intervention sous anesthésie générale)

1) 1er et 2e jour de réanimation post-opératoire, par jour	F75	59,27	295,30
2) 1er et 2e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F751	88,90	442,90
3) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, par jour	F76	59,27	295,30
4) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F761	88,90	442,90
5) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, par jour	F77	59,27	295,30
6) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal	F771	88,90	442,90

Section 8 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie

1) Forfait par jour	F80	59,84	298,10
2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal	F801	89,76	447,20
3) 1er et 2e jour de réanimation par un médecin spécialiste en pédiatrie dans le service national de soins	F802	117,11	583,50

	Code	Coeff.	Tarif
intensifs pédiatriques, par jour			
4) 1er et 2e jour de réanimation par un médecin spécialiste en pédiatrie dans le service national de soins intensifs pédiatriques, le dimanche ou un jour férié légal	F803	175,66	875,20
5) 1er au 30e jour d'hospitalisation dans le service national de néonatalogie intensive d'un prématuré de moins de 1500 g et/ou né avant 32 semaines de gestation	F808	89,76	447,20
6) 1er au 30e jour d'hospitalisation dans le service national de néonatalogie intensive d'un prématuré de moins de 1500 g et/ou né avant 32 semaines de gestation, le dimanche ou un jour férié légal	F809	134,64	670,80
Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs			
1) Forfait par jour	F85	15,81	78,80
2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal	F851	27,67	137,90
REMARQUE: Ces forfaits comprennent les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe et ne peuvent pas être remplacés par ceux-ci. La mise en compte des forfaits F85 et F851 est subordonnée au respect de l'application des articles 3 et 4 du règlement grand-ducal du 28 avril 2009 précisant les modalités d'attribution du droit aux soins palliatifs pris en exécution de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.			
Section 10 - Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour			
1) Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient transféré à un médecin spécialiste	F90	24,10	120,10
2) Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient non transféré	F91	8,57	42,70
3) Forfait par jour en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de pédiatrie spécialisée	F92	48,20	240,10
4) Forfait par jour en cas de traitement d'un patient en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	F97	4,76	23,70
REMARQUE: 1) Le code F97 (position 4) est réservé au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation salarié ou agréé auprès du service national de réhabilitation physique ou du service national de réhabilitation post-oncologique de l'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique.			
Section 11 - Traitement hospitalier en lit-porte			
1) Forfait par jour en cas de traitement en lit-porte du service d'urgence d'un hôpital de garde	F93	35,54	177,10
2) Forfait par jour en cas de traitement en lit-porte du service national d'urgence pédiatrique	F94	48,20	240,10
Section 12 - Traitement hospitalier stationnaire pour des patients atteints du COVID-19			
<i>Sous-section 1 - Traitement hospitalier stationnaire</i>			
1) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F53	47,52	236,80
2) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F531	71,27	355,10
3) Du 8e au 14e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F54	24,10	120,10
4) Du 8e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F541	36,15	180,10
5) A partir du 15e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F55	6,49	32,30
6) A partir du 15e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F551	11,37	56,60
<i>Sous-section 2 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins de réanimation par le médecin spécialiste en anesthésiologie</i>			
1) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F63	117,11	583,50
2) Du 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F631	175,66	875,20
3) A partir du 8e jour de soins intensifs, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F64	58,55	291,70
4) A partir du 8e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal, pour un patient atteint du COVID-19, hospitalisé aux soins intensifs selon les critères définis par le Conseil scientifique, par jour	F641	87,84	437,60
Section 13 - Traitement hospitalier dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux			
1) 1er au 6e jour d'hospitalisation sans consentement en service de psychiatrie pour les patients admis selon les dispositions de la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, par jour	F95	51,40	256,10

	Code	Coeff.	Tarif
2) 1er au 6e jour d'hospitalisation sans consentement en service de psychiatrie pour les patients admis selon les dispositions de la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, le dimanche ou un jour férié légal	F951	77,11	384,20
3) À partir du 7ème jour d'hospitalisation sans consentement pour les patients admis en service de psychiatrie selon les dispositions de la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, par jour	F96	13,51	67,30
4) À partir du 7ème jour d'hospitalisation sans consentement pour les patients admis en service de psychiatrie selon les dispositions de la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux, le dimanche ou un jour férié légal	F961	20,27	101,00
Chapitre 5 - Rapports			
Section 1 - Rapports au médecin traitant			
1) Rapport détaillé au médecin traitant concernant - l'examen clinique général - les résultats d'examens complémentaires - le diagnostic positif (et différentiel) - les propositions de traitement	R1	9,33	46,50
2) Rapport détaillé au médecin traitant après hospitalisation en cas de décès du malade; rapport rédigé par un médecin n'ayant pas pratiqué d'intervention chirurgicale ou par un médecin ayant fait un traitement post-opératoire dépassant 4 semaines; le contenu du rapport doit correspondre aux points énumérés pour R1	R10	9,33	46,50
3) Rapport au médecin traitant après hospitalisation stationnaire, rédigé par un médecin n'ayant pas pratiqué d'intervention chirurgicale et portant sur les points énumérés pour R1	R2	14,00	69,80
4) Rapport au médecin traitant, rédigé par un médecin; à la suite d'une intervention chirurgicale compliquée ayant entraîné une durée d'hospitalisation post-opératoire dépassant 4 semaines	R3	14,00	69,80
Section 2 - Rapports au contrôle médical de la sécurité sociale			
1) Examen général et rapport dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention d'une pension d'invalidité ou dans le cadre d'une incapacité de travail prolongée à charge de l'assurance maladie	R4	14,74	73,40
2) Rapport médical dans le cadre de la fixation éventuelle d'un taux d'incapacité de travail partielle permanente (IPP)	R5	10,39	51,80
3) Rapport après hospitalisation pour accident de travail	R6	11,79	58,70
4) Déclaration d'une maladie professionnelle par le médecin traitant	R8	6,43	32,00
5) Rapport médical de constitution de dossier en cas d'accident du travail	R9	6,43	32,00
6) Rapport médical en vue de la réouverture d'un dossier accident	R11	6,43	32,00
7) Rapport médical dans le cadre d'une demande en aggravation d'un accident du travail consolidé	R12	6,43	32,00
Section 3 - Rapport à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance			
1) Rapport du médecin traitant dans le cadre de l'instruction d'une demande en obtention de prestations de l'assurance dépendance	R20	14,74	73,40
Section 4 - Rapport dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux			
1) Rapport psychiatrique établi selon les dispositions de la loi modifiée du 10 décembre 2009 relative à l'hospitalisation sans leur consentement de personnes atteintes de troubles mentaux	R30	9,33	46,50
Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage			
Section 1 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 276 à 283 du Code de la sécurité sociale			
<i>Sous-section 1 - Examens prénatals</i>			
1) Forfait pour le premier des cinq examens prévus au règlement grandducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale et effectué par le médecin habilité à cet effet par la loi avant la fin du troisième mois de la grossesse, échographie de datation comprise, comportant la remise du carnet dûment complété	E2	25,90	129,00
2) Forfait pour le deuxième des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (au plus tard dans la deuxième quinzaine du quatrième mois de grossesse)	E3	21,75	108,40
3) Forfait pour le troisième des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (au cours du sixième mois de grossesse)	E4	21,75	108,40
4) Forfait pour le quatrième des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les quinze premiers jours du huitième mois de grossesse)	E5	21,75	108,40
5) Forfait pour le cinquième des cinq examens prévus au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale (dans les quinze premiers jours du neuvième mois de grossesse)	E6	21,75	108,40

REMARQUE:

Par dérogation à l'article 10, alinéa 1er, point 1), les codes E2 à E6 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables avec les actes techniques.

Sous-section 2 - Examen postnatal

- 1) Forfait pour l'examen réalisé dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement, tel que prévu au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale

REMARQUE:

Par dérogation à l'article 10, alinéa 1er, point 1), le code E7 (position 1) n'est pas cumulable avec les actes techniques.

Sous-section 3 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un pédiatre

- 1) 1er examen périnatal, effectué par le médecin habilité à ces fins par la loi, dans les 48 heures qui suivent la naissance comportant la remise du carnet dûment complété
- 2) 2e examen périnatal à la sortie de la maternité, ou, dans le cas où l'enfant reste à la maternité ou dans un service de pédiatrie, entre le cinquième et dixième jour à partir de sa naissance
- 3) 3e examen périnatal à l'âge de 3 à 8 semaines
- 4) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois
- 5) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois
- 6) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois

REMARQUE:

- 1) Ces actes ne pourront être mis en compte qu'une seule fois par enfant.

Sous-section 4 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un médecin autre que le pédiatre

- 1) 3e examen périnatal à l'âge de 3 à 8 semaines
- 2) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois
- 3) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois
- 4) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois

Section 2 - Examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans prévus par la loi du 15 mai 1984

- 1) Examen effectué entre l'âge de 30 et 36 mois par un médecin généraliste, par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne
- 2) Examen effectué entre l'âge de 42 et 48 mois par un médecin généraliste, par un médecin spécialiste en pédiatrie ou en médecine interne

REMARQUE:

- 1) Ces actes ne pourront être mis en compte qu'une seule fois par enfant.

Section 3 - Examens médicaux dans le cadre d'un programme de médecine préventive élaboré par la Direction de la santé en collaboration avec la CNS

- 1) Consultation effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique, en médecine interne ou en oncologie médicale dans le cadre du programme de dépistage précoce du cancer du sein par mammographie : communication du résultat de la mammographie, anamnèse et examen clinique, évaluation du risque de cancer du sein et conseils spécifiques
- 2) Consultation initiale effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gastroentérologie et les médecins spécialistes en médecine interne et comprenant obligatoirement anamnèse, examen clinique, évaluation du risque de cancer colorectal, conseils spécifiques, adaptation des prescriptions, communication des résultats du test de recherche de sang dans les selles. Cette consultation est réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)
- 3) Consultation effectuée par les médecins généralistes, les médecins spécialistes en gériatrie, les médecins spécialistes en gastroentérologie et les médecins spécialistes en médecine interne pour communication du résultat d'une coloscopie qui vient d'être réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR). Cette consultation est réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)
- 4) Examen pré-anesthésique effectué avant la coloscopie qui sera réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR). Cet examen est réalisé dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)
- 5) Consultation suivie du traitement d'initialisation en vue du sevrage tabagique dans le cadre du programme pilote d'aide au sevrage tabagique
- 6) Consultation suivie du bilan final et de l'établissement de la feuille d'évaluation dans le cadre du programme pilote d'aide au sevrage tabagique
- 7) Consultation effectuée par les médecins généralistes dans le cadre d'un programme de médecine préventive organisé dans le cadre du dispositif du médecin référent prévu à l'article 19bis, alinéa 1er, point

	Code	Coeff.	Tarif
	E7	17,40	86,70
	E8	15,54	77,40
	E9	15,54	77,40
	E10	15,54	77,40
	E11	15,54	77,40
	E12	15,54	77,40
	E13	15,54	77,40
	E14	9,26	46,10
	E15	9,26	46,10
	E16	9,26	46,10
	E17	9,26	46,10
	E18	15,54	77,40
	E19	15,54	77,40
	E20	10,64	53,00
	E30	10,64	53,00
	E31	10,05	50,10
	E32	15,81	78,80
	E40	21,12	105,20
	E45	9,05	45,10
	E60	21,64	107,80

2 du Code de la sécurité sociale par la Direction de la Santé et la Caisse nationale de santé en vertu de l'article 17, alinéa 3 du Code de la sécurité sociale

REMARQUE:

- 1) La position E45 ne peut être mise en compte au plus tôt qu'après huit mois à compter de la date de la position E40.
- 2) Les positions E30 et E31 ne pourront être mises en compte qu'une seule fois par invitation et par participant au programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR).
- 3) La position E31 ne pourra être mise en compte que si elle fait suite à un acte de coloscopie au cours de laquelle une biopsie ou une polypectomie a été réalisée.

Section 4 - Examens médicaux dans le cadre de la convention conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et la Caisse nationale de santé portant institution d'un programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
1) Forfait pour pose d'implant contraceptif sous-cutané, frais de matériel inclus, comprenant les informations sur la méthode contraceptive (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	NZA11	17,85	88,90
2) Forfait pour ablation d'implant contraceptif sous-cutané, frais de matériel (pansement, suture si besoin) inclus, comprenant les informations sur les méthodes contraceptives possibles (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	NZA12	26,77	133,40
3) Forfait pour changement (ablation et pose) d'un implant contraceptif sous-cutané, frais de matériel (pansement, suture si besoin) inclus, comprenant les informations sur la méthode contraceptive (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	NZA13	35,70	177,90
4) Forfait pour pose d'un dispositif intra-utérin à visée contraceptive, avec ou sans contrôle échographique, frais de location d'appareil inclus, comprenant les informations sur la méthode contraceptive (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	NZD11	37,93	189,00
5) Forfait pour changement d'un dispositif intra-utérin à visée contraceptive (retrait de l'ancien dispositif intra-utérin et pose du nouveau), avec ou sans contrôle échographique, frais de location d'appareil inclus, comprenant les informations sur la méthode contraceptive (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	NZD12	41,27	205,60
6) Forfait pour retrait par voie vaginale d'un dispositif intra-utérin à visée contraceptive avec ou sans contrôle échographique, frais de location d'appareil inclus, comprenant les informations sur les méthodes contraceptives (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	NZD13	15,35	76,50
7) Consultation de contrôle réalisée 6 à 12 semaines après la pose ou le changement d'un dispositif intra-utérin, réalisée dans le cadre du programme d'accès universel aux contraceptifs, avec échographie de contrôle si nécessaire, frais de location d'appareil inclus	NZQ11	15,35	76,50
8) Consultation réalisée par le médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique comprenant les informations sur la ligature tubaire à visée contraceptive permanente (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	NZQ12	16,59	82,70
9) Examen pré-anesthésique effectué avant la ligature tubaire hors-césarienne	NZQ13	15,81	78,80
10) Consultation de contrôle réalisée par le médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique 4 semaines après la ligature tubaire, réalisée dans le cadre du programme d'accès universel aux contraceptifs, avec échographie de contrôle si nécessaire, frais de location d'appareil inclus	NZQ14	16,59	82,70
11) Consultation réalisée par le médecin spécialiste en urologie comprenant les informations sur l'intervention sur les canaux déférents à visée contraceptive permanente (efficacité, mode d'action, effets secondaires possibles) ainsi que les informations sur la protection contre les maladies sexuellement transmissibles	MZQ12	16,59	82,70
12) Consultation de contrôle réalisée par le médecin spécialiste en urologie 4 semaines après l'intervention sur les canaux déférents à visée contraceptive permanente, réalisée dans le cadre du programme d'accès universel aux contraceptifs, avec échographie de contrôle si nécessaire, frais de location d'appareil inclus	MZQ13	16,59	82,70

REMARQUES:

- 1) Les codes NZA11 à NZA13 (positions 1 à 3) et les codes NZD11 à NZD13 (positions 4 à 6) ne peuvent être cumulés avec une consultation hors cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national ou une échographie (codes 8E01, 8E09, 8E13 et 8E25).
- 2) Les codes NZQ12 et MZQ12 (positions 8 et 11) ne peuvent être mis en compte qu'une seule fois par patient.
- 3) Le code NZQ13 (position 9) ne peut être réalisé que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.
- 4) Les examens pré-anesthésiques du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation prévus à la première partie, chapitre 1er, section 5 ne sont pas cumulables avec les actes réalisés dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.
- 5) Le code NZQ14 (position 10) ne peut être mis en compte que si le code NZC11 ou NZC12 a été préalablement réalisé.
- 6) Le code MZQ13 (position 12) ne peut être mis en compte que si le code MRQ23 a été préalablement réalisé.
- 7) Les codes NZA11 à MZQ13 (positions 1 à 12) ne sont pas cumulables entre eux.

Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales

1) Foie/Rhumatisme, pour 21 jours	G1	32,16	160,20
-----------------------------------	----	-------	--------

- 2) Foie/Rhumatisme, par journée
- 3) Voies respiratoires inférieures, pour 21 jours
- 4) Voies respiratoires inférieures, par journée
- 5) Voies respiratoires supérieures, pour 21 jours
- 6) Voies respiratoires supérieures, par journée
- 7) Stase lympho-veineuse, pour 21 jours
- 8) Stase lympho-veineuse, par journée
- 9) Obésité pathologique, pour 21 jours
- 10) Obésité pathologique, par journée
- 11) Obésité pathologique, cure en ambulatoire
- 12) Obésité pathologique, cure ambulatoire par demi-journée
- 13) Symptômes persistants de la COVID-19, pour trois ou dix semaines
- 14) Symptômes persistants de la COVID-19, par journée

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
G2	1,53	7,60
G3	32,16	160,20
G4	1,53	7,60
G5	32,16	160,20
G6	1,53	7,60
G7	32,16	160,20
G8	1,53	7,60
G9	32,16	160,20
G10	1,53	7,60
G11	32,16	160,20
G12	1,53	7,60
G13	32,16	160,20
G14	1,53	7,60

REMARQUES:

- 1) Le coefficient des positions du présent chapitre comprend le rapport clinique au médecin traitant.
- 2) Les positions 13) et 14) sont réservées aux médecins suivants :
 - médecins généralistes,
 - médecins spécialistes en médecine interne,
 - médecins spécialistes en pneumologie,
 - médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie,
 - médecins spécialistes en médecine physique et réadaptation, à condition d'être agréés par le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains.
- 3) Les positions 13) et 14) ne sont applicables que du lundi au vendredi. Les termes « trois ou dix semaines » figurant au libellé de la position 13) du code G13 correspondent aux termes « trois semaines » figurant au libellé du code T150 « Forfait pour cure stationnaire ou ambulatoire de trois semaines, comprenant : » et aux termes « dix semaines » figurant au libellé du code T152 « Forfait pour cure ambulatoire mono-symptomatique pour perte de l'odorat et du goût de dix semaines, comprenant : » du règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services prestés dans le Centre thermal et de santé de Mondorf-les-Bains pris en charge par l'assurance maladie.

Chapitre 8 - Forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour

- 1) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie infantile
- 2) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile
- 3) Forfait par demi-journée pour un patient présent à l'hôpital de jour rattaché à l'un des services régionaux de psychiatrie
- 4) Forfait pour le traitement d'un patient dans un hôpital de jour psychiatrique, par jour, pour une durée maximale de 90 jours par année
- 5) Forfait pour le traitement ambulatoire d'un patient dans un service de rééducation gériatrique ou de rééducation fonctionnelle, par jour
- 6) Forfait pour le traitement d'un patient ambulatoire dans un centre de jour d'un service de gériatrie aiguë, par jour, pour une durée maximale de 90 jours par année calendaire

J1	12,66	63,10
J2	12,66	63,10
J3	9,06	45,10
J4	9,06	45,10
J9	3,92	19,50
J10	3,92	19,50

REMARQUES:

- 1) La position J1 est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie infantile intervenant au centre de jour du service national de psychiatrie infantile.
- 2) La position J2 est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie infantile intervenant au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile.
- 3) La position J3 qui n'est imputable qu'une fois par jour et par patient et au maximum quarante fois par année, est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie intervenant à l'hôpital de jour rattaché à un service régional de psychiatrie.
- 4) La position J4 qui n'est imputable qu'une fois par jour et par patient et au maximum quatre-vingt-dix fois par année, est réservée au médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie intervenant à l'hôpital de jour rattaché au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique.
- 5) La position J9 est réservée au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation. Pour les jours de traitement de rééducation, le forfait J9 est à mettre en compte et ne peut être remplacé par un acte général.
- 6) La position J10 est réservée au médecin spécialiste en gériatrie. Pour les jours de traitement de gériatrie, le forfait J10 est à mettre en compte et ne peut être remplacé par un acte général.

Chapitre 9 - Médecin référent

- 1) Forfait pour la coordination des soins dans les cas de pathologies lourdes ou chroniques ou de soins de longue durée et pour le suivi régulier du contenu du dossier de soins partagé de la personne protégée atteinte d'au moins une pathologie chronique grave qualifiée d'affection de longue durée et dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé ainsi qu'un besoin de coordination substantiel du fait de l'intervention de multiples prestataires de soins de santé

MR03	25,47	126,90
------	-------	--------

REMARQUES:

- 1) La mise en compte de l'acte MR03 est réservée aux spécialités médicales suivantes: généraliste et pédiatre.
- 2) La première mise en compte de l'acte MR03 peut être réalisée au plus tôt après six mois à compter de

la prise d'effet d'une déclaration médecin référent telle que prévue par l'article 19bis du Code de la sécurité sociale.

3) Il ne peut être mis en compte qu'une seule position MR03 par six mois.

4) Les pathologies chroniques graves qualifiées d'affection de longue durée figurent à l'article 20 du présent règlement grand-ducal.

Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie

	Code	Coeff.	Tarif
1) Consultation du médecin spécialiste rapporteur participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie	P1	35,00	174,40
2) Consultation du médecin spécialiste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie	P2	26,00	129,50
3) Consultation du médecin généraliste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie	P3	30,00	149,50

REMARQUES:

1) La réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie relative à la détermination de la stratégie thérapeutique à prendre pour des patients oncologiques est organisée par le Conseil médical de l'établissement hospitalier agréé par le ministère de la Santé.

2) La réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie se fait dans le cadre du traitement de patients porteurs d'affections malignes venant d'être diagnostiquées ou dont l'évolution requiert une nouvelle orientation de la stratégie thérapeutique.

3) L'ensemble des consultations P1-P3 de concertation pluridisciplinaire en oncologie peut être mis en compte au maximum deux fois par patient et par entité d'affection maligne.

4) La réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie est coordonnée par le médecin qui présente le dossier du patient, qui assure la rédaction du rapport de la réunion et qui informe le patient du projet thérapeutique. Ce rapport fait partie intégrante de la consultation P1.

5) Le nombre de médecins participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie ne peut ni être inférieur à trois ni être supérieur à six. Les médecins doivent être issus d'au moins trois spécialités médicales différentes.

6) Par dérogation à l'article 6 alinéa 1 de la nomenclature, le médecin qui doit se déplacer pour participer à la réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie peut mettre en compte l'indemnité horo-kilométrique.

7) Les médecins radiothérapeutes et anatomopathologistes peuvent assister par vidéoconférence aux réunions de concertation pluridisciplinaire en oncologie.

DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales

Section 1 - Médecine Générale

Sous-section 1 - Infiltrations

REMARQUE:

Les positions de la sous-section 1 ne sont pas cumulables entre elles, pour la même région anatomique. Les infiltrations superficielles ne sont pas à mettre en compte.

1) Infiltration du ganglion de Gasser, infiltration périaortique	1M11	13,73	68,40
2) Infiltration d'un ganglion ou d'un nerf profond de la tête ou du cou	1M12	6,50	32,40
3) Infiltration du sympathique dorsal, lombaire, pelvien ou splanchnique - CAC	1M13	4,30	21,40
4) Infiltration périnerveuse profonde - CAC	1M14	3,63	18,10
5) Infiltration de tendons, de ligaments, d'apophyses osseuses, de gaines synoviales - CAC	1M15	3,63	18,10
6) Infiltration pour syndrome du canal carpien ou tarsien, du trou sacré, de l'hiatus sacro-coccygien	1M16	6,55	32,60
7) Infiltration périurale	1M17	9,52	47,40

Sous-section 2 - Injections

REMARQUE:

Mises en compte au maximum une fois par jour.

1) Mise en place d'une voie veineuse centrale (veine sous-clavière, jugulaire ou fémorale), perfusion ou transfusion comprise	1M21	9,33	46,50
2) Dénudation d'une veine ou mise en place d'une voie veineuse centrale chez un enfant de moins de 3 ans, perfusion ou transfusion comprise	1M22	18,08	90,10
3) Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise	1M23	27,88	138,90
4) Prise de sang ou injection intraveineuse chez l'enfant de moins de 12 mois - CAC	1M24	2,10	10,50
5) Injection intra-artérielle	1M25	6,50	32,40
6) Injection intraveineuse pour épreuve fonctionnelle dans un laboratoire d'analyses médicales et de biologie clinique	1M28	4,11	20,50
7) (en suspens)			
8) Perfusion intraveineuse d'au moins 10 ml, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure	1M31	5,26	26,20

	Code	Coeff.	Tarif
9) Perfusion intraveineuse, en milieu extra-hospitalier; prise en charge pour réhydratation, alimentation parentérale ou apport de médicaments à indication majeure, pour enfants de moins de 7 ans	1M32	6,41	31,90
10) Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, en milieu extra-hospitalier	1M33	5,26	26,20
11) Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang, y compris les contrôles avant et pendant la transfusion, pour enfant de moins de 7 ans en milieu extra-hospitalier	1M34	6,41	31,90
12) Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant	1M35	87,14	434,20
13) Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né	1M36	67,29	335,30
14) Mise en place par voie percutanée d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et implantation d'un port sous-cutané pour injections répétées pour chimiothérapie ou analgésie (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M37	63,08	314,30
15) Mise en place ou changement d'un cathéter veineux central avec contrôle radiologique et raccordement à un port sous-cutané (non cumulable avec 1M21 ou 1M22)	1M38	25,30	126,10
16) Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique	1M39	37,78	188,20
<i>Sous-section 3 - Ponctions</i>			
1) Ponction d'une collection superficielle (abcès, kyste, hydrocèle ...) - CAC	1M41	2,63	13,10
2) Ponction d'une collection profonde (sous-aponévrotique)	1M42	6,50	32,40
3) Ponction d'une articulation autre que la hanche	1M45	6,50	32,40
4) Ponction d'une hanche	1M46	10,76	53,60
5) Ponction de gaine tendineuse ou de bourse séreuse	1M47	6,55	32,60
6) Saignée	1M51	3,49	17,40
7) Ponction-biopsie d'un tissu ou organe peu profond - CAC	1M52	2,63	13,10
8) Ponction sternale ou de la crête iliaque	1M53	6,70	33,40
9) Ponction exploratrice de la cavité thoracique ou abdominale - CAC	1M61	3,63	18,10
10) Ponction de la cavité thoracique ou abdominale et évacuation de grandes quantités	1M62	8,66	43,10
11) Ponction évacuatrice de la cavité thoracique avec lavage des plèvres pour empyème ou hémothorax	1M63	12,48	62,20
12) Ponction du péricarde	1M64	15,45	77,00
13) Ponction transcutanée d'un organe intra-abdominal	1M65	11,29	56,30
14) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection (première ponction)	1M71	10,95	54,60
15) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection, répétition de la ponction dans un délai de 14 jours	1M72	5,40	26,90
16) Ponction lombaire ou sous-occipitale en série avec injection médicamenteuse chez un enfant de moins de 7 ans	1M73	7,60	37,90
17) Ponction du sinus longitudinal	1M74	11,29	56,30
18) Ponction d'un disque avec ou sans injection de produit de contraste	1M75	19,85	98,90
<i>Sous-section 4 - Pansements</i>			
1) Détersion, débridement chirurgical éventuel, et pansement d'une grande plaie souillée, d'une grande lésion ulcérée, ou d'une brûlure étendue, non cumulable avec un autre acte sur la même région anatomique	1M80	5,40	26,90
2) Frais de matériel	1M80M	5,36	26,70
3) Pansement compressif pour ulcère variqueux ou phlébite - CAC	1M81	4,07	20,30
4) Pansement de fixation (genre colle de zinc) ou taping; une articulation ou un segment	1M82	5,45	27,20
5) Pansement de fixation ou taping; plus d'un segment	1M83	8,23	41,00
<i>Sous-section 5 - Immobilisation plâtrée en dehors des traumatismes ostéo-articulaires, moulage pour appareil orthopédique</i>			
1) Immobilisation plâtrée d'un membre	1M85	8,23	41,00
2) Grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	1M86	33,81	168,50
3) Corset, lit plâtré ou corset minerve	1M87	33,81	168,50
Section 2 - Médecine Interne spécialisée			
<i>Sous-section 1 - Cancérologie, chimiothérapie</i>			
1) Cycle de chimiothérapie anti-cancéreuse intravasculaire; injection ou perfusion avec surveillance par le médecin, (non renouvelable avant un délai de 6 jours dans le chef du patient)	1S11	31,80	158,40
2) Cycle de traitement immunomodulateur intravasculaire; injection ou perfusion avec surveillance par le médecin, (non renouvelable avant un délai de 6 jours dans le chef du patient)	1S12	31,80	158,40
3) Cytophèrese, par séance	1S15	26,69	133,00
REMARQUE: Les positions de la présente sous-section ne sont pas cumulables avec les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe.			
<i>Sous-section 2 - Néphrologie, épuration extra-rénale</i>			
REMARQUE: Est compris dans le tarif de l'épuration extra-corporelle tout appel d'urgence au cours de la séance. Pour les séances de routine, des majorations de dimanche ou de jour férié ne peuvent être mises en compte.			

Les positions de la présente sous-section ne sont pas cumulables avec les forfaits prévus à la section 10 du chapitre 4 de la première partie de l'annexe.

- | | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 1) Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance | 1S21 | 26,69 | 133,00 |
| 2) Hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë, les 3 premières séances pendant une période de 15 jours; par séance | 1S22 | 60,88 | 303,30 |
| 3) Plasmaphérèse, par séance | 1S25 | 26,69 | 133,00 |
| 4) Dialyse péritonéale (épuration intra-corporelle), les deux premiers jours du traitement; par jour | 1S26 | 48,49 | 241,60 |
| 5) Dialyse péritonéale, 3è ou 4è jour du traitement; par jour | 1S27 | 24,30 | 121,10 |
| 6) Dialyse péritonéale, à partir du 5è jour du traitement; par jour | 1S28 | 14,54 | 72,40 |

Sous-section 3 - Pédiatrie

- | | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) Réanimation immédiate du nouveau-né comportant au minimum respiration assistée instrumentale, avec ou sans intubation et injection ; mise en compte uniquement s'il n'y a pas d'hospitalisation par le même médecin | 1S31 | 27,05 | 134,80 |
| 2) Assistance pédiatrique avant la naissance pour une situation de risque néonatale | 1S32 | 18,03 | 89,80 |
| 3) Exploration polysomnographique chez le nourrisson en cas d'apnées ou de malaises. Enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, ECG, saturation en oxygène, flux aériens naso-buccaux, mouvements respiratoires thoraco abdominaux et actimétrie, éventuellement pH-métrie oesophagienne, avec protocole et extraits de tracé | 1S35 | 43,04 | 214,40 |

REMARQUE:

1. Les positions 1S31 et 1S32 ne sont pas cumulables entre elles. Le cumul E8 avec une des positions 1S31 ou 1S32 est autorisé.
2. Les majorations prévues à l'article 8 ne s'appliquent pas à la position 1S35.

Sous-section 4 - Allergologie

- | | | | |
|--|-------|------|-------|
| 1) Inventaire allergologique avec tests cutanés effectués par scarification (scratch) ou par piqûre épicutanée (prick) - CAC | 1S41 | 3,95 | 19,70 |
| 2) Frais de matériel | 1S41M | 2,96 | 14,70 |
| 3) Inventaire allergologique par tests à application épicutanée | 1S42 | 6,06 | 30,20 |
| 4) Frais de matériel | 1S42M | 2,96 | 14,70 |
| 5) Inventaire allergologique avec tests cutanés par injection intradermique | 1S43 | 6,95 | 34,60 |
| 6) Fourniture de matériel | 1S43M | 2,96 | 14,70 |
| 7) Injection de désensibilisation, par séance | 1S44 | 4,24 | 21,10 |

Section 3 - Cardiologie

Sous-section 1 - Électrocardiographie

- | | | | |
|--|-------|-------|--------|
| 1) Électrocardiogramme (ECG), minimum 12 dérivations, tracé et rapport - CAC | 1C11 | 6,31 | 31,40 |
| 2) Location d'appareil | 1C11X | 2,73 | 13,60 |
| 3) Enregistrement ECG continu de 24h par enregistreur portable (Holter) avec mise en place, lecture et rapport; premier examen pour une période de 28 jours | 1C14 | 14,87 | 74,10 |
| 4) Location d'appareil | 1C14X | 35,94 | 179,10 |
| 5) Enregistrement ECG continu de 24h; examen répété dans les 28 jours | 1C15 | 8,85 | 44,10 |
| 6) Location d'appareil | 1C15X | 35,94 | 179,10 |
| 7) Épreuve d'effort (sous) maximale, standardisée (cycloergomètre ou tapis roulant), ECG au repos compris, avec moyens de réanimation, sous surveillance ECG et TA continue; enregistrement et rapport (non cumulable avec 1C11) | 1C17 | 22,72 | 113,20 |
| 8) Location d'appareil | 1C17X | 9,22 | 45,90 |
| 9) Surveillance clinique et ECG au cours de la scintigraphie du myocarde après effort ou après perfusion d'un médicament (position 8 N 22) (intervention thérapeutique éventuelle comprise)- CAT | 1C19 | 9,76 | 48,60 |

Sous-section 2 - Échocardiographie

- | | | | |
|---|-------|-------|--------|
| 1) Échocardiographie, enregistrement en time-motion | 1C21 | 14,87 | 74,10 |
| 2) Location d'appareil | 1C21X | 17,93 | 89,30 |
| 3) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel | 1C22 | 14,87 | 74,10 |
| 4) Location d'appareil | 1C22X | 17,93 | 89,30 |
| 5) Echographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion | 1C23 | 17,93 | 89,30 |
| 6) Location d'appareil | 1C23X | 17,93 | 89,30 |
| 7) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion - CAC, à condition qu'il n'y ait pas eu de consultation mise en compte par le même médecin dans les 7 jours précédents | 1C24 | 17,93 | 89,30 |
| 8) Location d'appareil | 1C24X | 17,93 | 89,30 |
| 9) Échocardiographie Doppler | 1C25 | 23,82 | 118,70 |
| 10) Location d'appareil | 1C25X | 17,93 | 89,30 |
| 11) Échocardiographie Doppler, voie oesophagienne comprise | 1C26 | 25,87 | 128,90 |
| 12) Location d'appareil | 1C26X | 17,93 | 89,30 |

REMARQUE:

Les positions 1C21 à 1C26 ne sont pas cumulables entre elles.

Sous-section 3 - Enregistrement continu de la tension artérielle

- | | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 1) Enregistrement continu de la tension artérielle pendant 24 heures par enregistreur portable; mise en place de l'enregistreur, lecture du tracé et rapport d'interprétation - APCM pour répétition de cet examen dans les 6 mois | 1C38 | 14,87 | 74,10 |
| 2) Location d'appareil | 1C38X | 7,09 | 35,30 |

Sous-section 4 - Autres enregistrements et traitements cardiaques

- | | | | |
|---|------|-------|--------|
| 1) Mesure du débit cardiaque par thermodilution (3 déterminations minimum) | 1C41 | 18,94 | 94,40 |
| 2) Mesure du débit cardiaque par méthode de Fick ou par méthode de dilution de colorant | 1C42 | 25,30 | 126,10 |
| 3) Défibrillation d'urgence et répétition dans les 24 heures | 1C45 | 12,63 | 62,90 |
| 4) Cardioversion, mise en compte une fois par 24 heures | 1C46 | 44,09 | 219,70 |

Sous-section 5 - Cathétérisme cardiaque et examens radiologiques

- | | | | |
|---|-------|--------|--------|
| 1) Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée | 1C61 | 44,09 | 219,70 |
| 2) Cathétérisme du coeur droit (voie veineuse), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, mesure du débit, oxymétrie étagée avec injection de produit de contraste et angiocardiographie | 1C62 | 56,72 | 282,60 |
| 3) Cathétérisme du coeur gauche (voie artérielle), sous contrôle radioscopique et ECG, enregistrement des pressions, injection de produit contraste et coronarographie sélective droite et gauche en plusieurs incidences avec cinéangiographie, avec ou sans angiocardiographie (ventriculographie et/ou aortographie) | 1C67 | 88,19 | 439,40 |
| 4) Angioplastie transluminale des coronaires, non cumulable avec 1C67 | 1C71 | 112,48 | 560,40 |
| 5) Endoprothèse avec ou sans angioplastie pour sténose d'une coronaire | 1C72 | 183,17 | 912,60 |
| 6) Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse | 1C73 | 183,17 | 912,60 |
| 7) Athérectomie intrac coronaire avec ou sans angioplastie ou endoprothèse | 1C74 | 183,17 | 912,60 |
| 8) Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire | 1C76 | 28,68 | 142,90 |
| 9) Prise de pression intravasculaire et/ou échographie endovasculaire et/ou thermographie endoluminale et/ou angioscopie au cours d'une intervention endovasculaire ou d'une coronarographie | 1C77 | 28,68 | 142,90 |
| 10) Mise en place d'un système d'assistance de la pompe cardiaque (IAPB), par toutes voies d'abord | HVQ03 | 126,98 | 632,70 |
| 11) Fermeture par voie percutanée d'une CIA, CIV ou FOP y compris ponction transeptale | 1C79 | 186,52 | 929,30 |
| 12) Application d'un système de fermeture des points de ponction artérielle-CAT | 1C80 | 7,00 | 34,90 |

REMARQUES:

- 1) Les positions 1C71 à 1C77 comprennent l'anesthésie locale, la ponction, la coronarographie sélective droite et gauche, l'imagerie de la région traitée, l'injection du produit de contraste, la mise en place des sondes cathéter, l'enregistrement, l'angiographie et le rapport.
- 2) Les positions 1C71 à 1C77 sont cumulables entre elles si elles portent sur des lésions distinctes. Ces cumulés sont soumis à l'article 9 alinéa 1er. Pour l'application de l'article 10 point 7, le cumul de ces actes au sens de l'article 9 alinéa 1er est considéré comme un seul acte technique.
- 3) Les positions 1C67 à 1C79 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI.

Sous-section 6 - Stimulateur cardiaque (pacemaker)

- | | | | |
|--|-------|--------|--------|
| 1) Mise en place d'un cathéter endocavitair pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique | 1B10 | 31,52 | 157,00 |
| 2) Mise en place d'une sonde pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation | 1B12 | 57,39 | 285,90 |
| 3) Mise en place de 2 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation | 1B13 | 66,96 | 333,60 |
| 4) Mise en place de 3 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation | 1B14 | 95,65 | 476,60 |
| 5) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque par le cardiologue - CAT avec les positions 1B12 à 1B14 | 1B16 | 37,78 | 188,20 |
| 6) Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation; acte réalisé par le cardiologue | 1B18 | 50,41 | 251,20 |
| 7) Mesures du seuil de stimulation, en cas de changement du boîtier | 1B20 | 12,63 | 62,90 |
| 8) Contrôle d'un stimulateur cardiaque implanté avec enregistrement ECG et contrôles techniques | 1B22 | 14,35 | 71,50 |
| 9) Location d'appareil | 1B22X | 2,73 | 13,60 |
| 10) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde, acte isolé | 1B25 | 115,91 | 577,50 |
| 11) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite, acte isolé | 1B26 | 134,39 | 669,60 |
| 12) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde atriale sans fonction de défibrillation et d'une sonde intraventriculaire droite et d'une sonde dans une veine cardiaque, acte isolé | 1B27 | 155,95 | 777,00 |
| 13) Remplacement du boîtier d'un défibrillateur cardiaque | 1B29 | 37,78 | 188,20 |
| 14) Contrôle technique d'un défibrillateur cardiaque | 1B32 | 17,36 | 86,50 |
| 15) Extraction de sondes de stimulation par voie endocavitair en cas d'infection ou de rupture | 1B36 | 117,59 | 585,90 |

REMARQUES:

- 1) La position 1B14 ainsi que les positions 1B25 à 1B32 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI.

2) Les tarifs des actes prévus à la sous-section 6 comprennent l'assistance opératoire définie à l'article 11.

Sous-section 7 - Etude électrophysiologique et traitements par techniques d'ablation endocavitaire

	Code	Coeff.	Tarif
1) Evaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique	1B40	50,41	251,20
2) Exploration électrophysiologique cardiaque par sonde intracavitaire droite par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire	1B41	113,11	563,50
3) Exploration électrophysiologique cardiaque par sondes intracavitaire droite et gauche par voie veineuse transcutanée avec manoeuvres provocatrices d'une tachycardie à l'étage atrial ou à l'étage ventriculaire	1B42	118,15	588,70
4) Ablation de l'isthme cavo-tricuspidien pour un flutter auriculaire typique	1B44	184,79	920,70
5) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV sans cathéterisation du sinus coronaire	1B46	184,79	920,70
6) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV avec cathéterisation du sinus coronaire	1B48	212,78	1060,10
7) Ablation d'un faisceau AV aberrant par abord veineux	1B50	232,38	1157,80
8) Ablation d'un faisceau aberrant par abord artériel	1B52	260,38	1297,30
9) Ablation au niveau de l'oreillette gauche et droite d'une FA par voie transcutanée	1B54	307,97	1534,40
10) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule droit	1B56	193,18	962,50
11) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule gauche	1B58	236,29	1177,30
12) Cartographie de l'activité électrique cardiaque (cardiac mapping)	1B60	70,00	348,80

REMARQUES:

- 1) Les positions 1B40 à 1B60 doivent être prestées exclusivement au sein de l'INCCI.
- 2) Les actes sont soumis aux règles de cumul de l'article 9 alinéa 1er. Pour l'application de l'article 10 point 7, le cumul des actes au sens de l'article 9 alinéa 1er est considéré comme un seul acte technique.

Section 4 - Pneumologie

Sous-section 1 - Examens et petites interventions

1) Biopsie pleurale à l'aiguille	1P11	27,02	134,60
2) Institution d'un drainage pleural continu	1P12	19,90	99,10
3) Provocation d'une symphyse pleurale	1P13	11,53	57,40
4) Ponction-biopsie pulmonaire transpariétale	1P14	36,87	183,70
5) Pleuroscopie exploratrice	1P21	27,64	137,70
6) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou section de brides	1P22	42,37	211,10
7) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou traitement de lésions pleurales avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P23	113,39	564,90
8) Location du laser	1P23X	20,90	104,10
9) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires	1P24	48,30	240,60
10) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires avec supplément pour utilisation de rayons laser	1P25	119,32	594,50
11) Location du laser	1P25X	20,90	104,10
12) Création d'un pneumothorax	1P31	15,69	78,20
13) Réinsufflation ou exsufflation d'un pneumothorax	1P32	9,18	45,70
14) Création d'un pneumomédiastin	1P35	24,92	124,20
15) Drainage endocavitaire pulmonaire	1P36	38,59	192,30

Sous-section 2 - Bronchofibroscope

1) Cathétérisme des bronches avec injection de produit de contraste ou d'un médicament	1P41	17,55	87,40
2) Bronchoscopie ou bronchofibroscope exploratrice	1P51	27,64	137,70
3) Location du bronchofibroscope	1P51X	11,59	57,70
4) Bronchofibroscope avec prélèvement ou biopsie endobronchique	1P52	36,11	179,90
5) Location du bronchofibroscope	1P52X	11,59	57,70
6) Bronchoscopie avec ponction, biopsie ou brossage sur lésion située au-delà du champ de visibilité	1P53	68,29	340,20
7) Location du bronchofibroscope	1P53X	11,59	57,70
8) Bronchofibroscope avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances	1P54	62,27	310,20
9) Location du bronchofibroscope	1P54X	11,59	57,70
10) Bronchofibroscope avec lavage bronchiolo-alvéolaire	1P55	60,16	299,70
11) Location du bronchofibroscope	1P55X	11,59	57,70
12) Bronchofibroscope et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance	1P61	93,69	466,80
13) Location du bronchofibroscope	1P61X	11,59	57,70
14) Bronchofibroscope et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes	1P62	67,82	337,90
15) Location du bronchofibroscope	1P62X	11,59	57,70
16) Bronchofibroscope, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique	1P63	107,13	533,80
17) Location du bronchofibroscope	1P63X	11,59	57,70
18) Bronchofibroscope, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique	1P64	145,10	722,90
19) Location du bronchofibroscope	1P64X	11,59	57,70

	Code	Coeff.	Tarif
20) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire	1P65	133,29	664,10
21) Location du bronchofibroscope	1P65X	11,59	57,70
22) Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau trachéo-bronchique pour curiethérapie	1P66	27,64	137,70
REMARQUE: Pour les positions 1P41 à 1P65, majoration de 10% pour les enfants âgés de moins de 14 ans.			
<i>Sous-section 3 - Épreuve fonctionnelle respiratoire</i>			
1) Spirographie	1P71	12,05	60,00
2) Frais de location	1P71X	4,09	20,40
3) Détermination du volume résiduel	1P72	9,09	45,30
4) Frais de location	1P72X	4,09	20,40
5) Détermination du volume résiduel et des résistances bronchiques	1P73	29,41	146,50
6) Frais de location	1P73X	6,14	30,60
7) Détermination du volume résiduel et étude de la diffusion alvéolo-capillaire	1P74	25,30	126,10
8) Frais de location	1P74X	6,14	30,60
9) Détermination du volume résiduel, des résistances bronchiques, des courbes débit-volume	1P75	41,46	206,60
10) Frais de location	1P75X	8,18	40,80
11) Détermination des compliances par barographie oesophagienne	1P76	31,13	155,10
12) Frais de location	1P76X	8,18	40,80
13) Détermination du volume de fermeture	1P77	20,71	103,20
14) Frais de location	1P77X	8,18	40,80
15) Épreuve quantitative aux agents pharmaco-dynamiques ou de provocation aux allergènes avec mesure du seuil de réactivité	1P81	19,23	95,80
16) Frais de location	1P81X	4,09	20,40
17) Épreuve d'exercice de 3 à 10 minutes, à puissance constante et mesurable, enregistrement de la ventilation et de la consommation d'oxygène, avant, pendant et après l'exercice	1P82	15,16	75,50
18) Frais de location	1P82X	4,09	20,40
19) Exercice de 15 minutes au moins, à puissance constante et croissante, période témoin de 5 minutes avant et période de récupération de 5 minutes, enregistrement de la ventilation, de la consommation d'oxygène et du rejet de CO2 pendant l'épreuve	1P83	23,77	118,40
20) Frais de location	1P83X	4,09	20,40
21) Épreuve d'effort en milieu hospitalier avec surveillance de la T.A., de la fréquence cardiaque et des gaz du sang artériel (prélèvement compris), pendant et après l'effort	1P85	24,49	122,00
22) Frais de location	1P85X	9,27	46,20
REMARQUE: Les positions 1P73 et 1P75 ne sont pas cumulables entre elles. La position 1P72 n'est pas cumulable avec les positions 1P73 à 1P75.			
Section 5 - Neurologie, psychiatrie et algologie			
<i>Sous-section 1 - Neurologie</i>			
1) Electroencéphalogramme (EEG) - CAC	1N11	12,48	62,20
2) Location d'appareil	1N11X	5,91	29,40
3) Electroencéphalogramme, enregistrement continu de 24 heures, pose et enlèvement de l'appareil, analyse du tracé	1N14	47,83	238,30
4) EEG per-opérateur	1N15	51,65	257,30
5) Exploration polysomnographique au laboratoire du sommeil pour la recherche de troubles neuro-psychiatriques; enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, électro-oculographie (EOG) et ECG, avec protocole et extraits des tracés	1N21	66,96	333,60
6) Exploration polysomnographique au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, d'autre part ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux, avec protocole et extraits des tracés	1N22	95,65	476,60
7) Enregistrement polysomnographique au laboratoire du sommeil en cas d'apnées (enregistrement continu comprenant au moins EEG, EMG, EOG, d'autre part ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux), et mise en route d'un traitement par pression positive, avec protocole et extraits de tracés	1N23	95,65	476,60
8) Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu neurologique (EEG,EMG,EOG)	1N25	47,83	238,30
9) Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil, enregistrement continu des variables cardio- respiratoires, au moins: ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux	1N26	47,83	238,30
10) Enregistrement polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil en cas d'apnées, enregistrement continu neurologique (EEG, EMG, EOG) lors de la mise en route d'un traitement par pression positive	1N27	47,83	238,30
11) Enregistrement polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil en cas d'apnées, enregistrement des variables cardio-respiratoires (au moins: ECG, saturation en oxygène, débits aériens naso-buccaux et mouvements respiratoires thoraco-abdominaux) et mise en route d'un traitement par pression positive	1N28	47,83	238,30

	Code	Coeff.	Tarif
12) Electromyographie (EMG) avec enregistrement - CAC	1N32	18,70	93,20
13) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N32X	12,95	64,50
14) Mesure des vitesses de conduction motrice - CAC	1N33	12,48	62,20
15) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N33X	12,95	64,50
16) Mesure des vitesses de conduction sensitive - CAC	1N34	12,48	62,20
17) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise	1N34X	12,95	64,50
18) Potentiels évoqués auditifs (non applicable pour un examen audiométrique)	1N40	32,19	160,40
19) Location d'appareil	1N40X	13,08	65,20
20) Potentiels évoqués visuels	1N41	32,19	160,40
21) Location d'appareil	1N41X	13,08	65,20
22) Potentiels évoqués somesthésiques	1N42	32,19	160,40
23) Location d'appareil	1N42X	13,08	65,20
24) Potentiels évoqués moteurs par stimulation magnétique percutanée du cortex	1N43	28,70	143,00
25) Location d'appareil	1N43X	13,08	65,20
26) Potentiels évoqués somesthésiques per-opérateurs	1N45	114,78	571,90

REMARQUES:

- 1) Les possibilités de cumul avec la consultation (CAC) dans cette sous-section sont réservées aux médecins spécialistes en neurologie et en neuro-psychiatrie.
- 2) Les tarifs des examens per-opérateurs (1N15 et 1N45) ne sont cumulables ni avec l'assistance opératoire définie à l'article 11, ni avec l'anesthésie définie à l'article 12.
- 3) Les tarifs des positions 1N21 à 1N28 sont applicables par nuit, à condition qu'il s'agisse d'un enregistrement complet. Elles ne sont pas cumulables entre elles par le même médecin. Les majorations prévues à l'article 8 ne s'appliquent pas.
- 4) Les positions 1N25 et 1N26 ainsi que les positions 1N27 et 1N28 sont respectivement mises en compte par les médecins qui travaillent en équipe pour l'enregistrement neurologique et cardiorespiratoire ainsi que, le cas échéant, le traitement par pression positive. Ensemble ils font l'évaluation finale et rédigent le protocole avec extraits de tracés.
- 5) Les positions 1N32X, 1N33X et 1N34X ne sont pas cumulables entre elles.
- 6) Les positions 1N40X, 1N41X, 1N42X et 1N43X ne sont pas cumulables entre elles.

Sous-section 2 - Psychiatrie

1) Tests mentaux, séance de minimum 30 minutes; maximum quatre séances par jour et dix séances par année	1N51	14,70	73,20
2) Exploration et/ou traitement du milieu familial, hors thérapie de couple, d'une durée de 60 à 90 minutes	WNQ01	69,26	345,10
3) Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes - APCM pour plus de 6 séances par an	1N60	8,63	43,00
4) Traitement individuel avec ou sans prise en charge biopsychosociale par le médecin spécialiste en psychiatrie, psychiatrie infantile ou neuropsychiatrie, de moins de 20 minutes	WLQ01	13,85	69,00
5) Traitement individuel avec ou sans prise en charge biopsychosociale par le médecin spécialiste en psychiatrie, psychiatrie infantile ou neuropsychiatrie, de 20 à 40 minutes	WLQ02	27,70	138,00
6) Traitement individuel avec ou sans prise en charge biopsychosociale par le médecin spécialiste en psychiatrie, psychiatrie infantile ou neuropsychiatrie, de 41 à 60 minutes	WLQ03	46,17	230,00
7) Traitement de groupe par le médecin spécialiste en psychiatrie, psychiatrie infantile ou neuropsychiatrie, durée minimum 60 minutes, maximum six patients, par patient	WMQ01	9,23	46,00
8) Traitement de groupe par le médecin spécialiste en psychiatrie, psychiatrie infantile ou neuropsychiatrie, durée minimum 90 minutes, maximum six patients, par patient	WMQ02	13,85	69,00
9) Évaluation du développement biopsychosocial du mineur et diagnostic psychiatrique, y compris le travail de réseau, d'une durée totale de 90 minutes	WKQ01	83,11	414,10
10) Technique de stimulation magnétique transcrânienne (TMS)	WUQ01	11,72	58,40
11) Electroconvulsivothérapie (sismothérapie) sous anesthésie générale	WVQ01	70,32	350,40

REMARQUES:

- 1) Les positions 2 et 4 à 11 (actes WNQ01, et WLQ01 à WVQ01) ne peuvent être mises en compte que par les médecins spécialistes en psychiatrie, psychiatrie infantile et en neuropsychiatrie.
- 2) Dans le cadre d'un contexte épidémique imposant la modification du fonctionnement du système sanitaire par le Ministère de la Santé, les dispositions suivantes sont applicables dans le contexte de l'ordonnance de la Direction de la santé du 4 mai 2020 concernant les activités exercées en cabinet libéral.
Certains actes de la nomenclature sont autorisés à être effectués en téléconsultation sous réserve du respect des éléments suivants :
 - Les positions 2 et 4 à 6 (actes WNQ01 et WLQ01 à WLQ03) lorsque le praticien estime que les circonstances entourant la réalisation des actes en téléconsultation le permettent ;
 - Le recours à la téléconsultation ne peut se faire que pour des patients habituellement suivis par le médecin, c'est à dire dont la prise en charge ou le traitement a déjà été initié préalablement en présentiel avec le patient ;
 - Le recours à la téléconsultation se fait, préférentiellement par l'utilisation de l'outil de l'agence e-Santé avec visiophonie ;
 - La présence physique au Luxembourg du médecin reste requise.

Sous-section 3 - Algologie

1) Bloc anesthésique périphérique ou neuroaxial, diagnostique, pronostique et thérapeutique avec repérage	YVB11	38,87	193,70
---	-------	-------	--------

	Code	Coeff.	Tarif
par neurostimulation sensitive et/ou motrice, sous surveillance des fonctions vitales, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale			
2) Perfusion intraveineuse de médicaments à visée antalgique, antineuropathique ou antihyperalgésique en milieu hospitalier ambulatoire sous surveillance des fonctions vitales	YZF11	29,73	148,10
3) Traitement des douleurs neuropathiques focales par application cutanée de patch de capsaïcine - CAT	YVQ21	20,81	103,70
4) Injection antalgique de toxine botulique dans le cadre de la prise en charge pour douleur neuropathique ou migraine chronique - CAT	YVB12	27,44	136,70
5) Mise en place d'électrodes pour neurostimulation périphérique à visée antalgique à partir d'un boîtier externe	YVB13	38,87	193,70
6) Séance de neuromodulation non invasive des douleurs par neurobiofeedback sous surveillance médicale	YZP11	13,72	68,40
7) Neurolyse non chirurgicale ou neuromodulation de 1 ou plusieurs nerfs périphérique(s) ou neuraxial(s) par moyen physique ou chimique avec ou sans neurostimulation, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale, sous surveillance des fonctions vitales	YVP11	50,24	250,30
8) Séance d'acupuncture à visée uniquement antalgique - CAT	YZB11	16,01	79,80
9) Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de moins de 20 minutes	YMQ11	14,32	71,30
10) Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de 20 minutes à 40 minutes	YMQ12	28,38	141,40
11) Bilan d'évaluation holistique initial de prise en charge d'une douleur chronique d'une durée de 41 à 60 minutes	YMQ13	44,59	222,20
12) Éducation thérapeutique de groupe dans le cadre d'une prise en charge pour douleur chronique par le médecin algologue d'une durée minimum de 60 minutes, maximum 6 patients, par patient, dans le chef du patient	YZQ11	6,86	34,20

REMARQUES:

- 1) Les codes des actes de la sous-section 3 - Algologie ne peuvent être mis en compte que par les médecins agréés auprès du réseau de compétences douleur chronique.
- 2) Les codes YVB11 et YVP11 (positions 1 et 7) peuvent être mis en compte au maximum 6 fois par an pour un même patient.
- 3) Le code YZF11 (position 2) peut être mis en compte au maximum 12 fois par an pour un même patient.
- 4) Le code YZB11 (position 8) peut être mis en compte au maximum 8 fois par an pour un même patient.
- 5) Le code YVQ21 (position 3) peut être mis en compte au maximum 5 fois par an pour un même patient.
- 6) Le code YVB12 (position 4) peut être mis en compte au maximum 5 fois par an pour un même patient.
- 7) Le code YZP11 (position 6) peut être mis en compte au maximum 24 fois par an pour un même patient.
- 8) Les codes YVQ21, YVB12 et YZB11 (positions 3, 4 et 8) sont cumulables avec un acte technique de la sous-section 3 - Algologie de la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 1er « Médecine générale - Spécialités non chirurgicales », section 5 « Neurologie, psychiatrie et algologie ».
- 9) Les codes YMQ11, YMQ12 et YMQ13 (positions 9, 10 et 11) ne sont pas cumulables entre eux.
- 10) Le code YMQ13 (position 11) ne peut être mise en compte qu'une seule fois par épisode de soin pour un patient pris en charge dans le cadre du réseau de compétences douleur chronique, l'épisode de soin étant défini comme l'ensemble des recours au système de soin pour un problème de santé, jusqu'à ce qu'il soit considéré comme résolu ou stabilisé, ou jusqu'à ce que le patient cesse de recourir au système de soins pour ce problème.

Section 6 - Hépatogastro-Entérologie

Sous-section 1 - Explorations fonctionnelles

1) Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, maximum quatre mesures	LFQ11	11,65	58,00
2) Mesure de la production respiratoire d'isotope stable ou d'hydrogène, à partir de cinq mesures	LFQ12	18,67	93,00
3) Manométrie oesophagienne haute résolution avec ingestion de liquides et/ou de solides	LBD11	46,68	232,60
4) Manométrie ano-rectale	LBD12	64,16	319,70
5) Manométrie ano-rectale haute résolution	LBD13	64,16	319,70
6) PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocation éventuelles	LAD11	42,45	211,50
7) PH-métrie oesophagienne avec impédancemétrie	LAD12	49,07	244,50
8) PH-métrie oesophagienne avec mise en place d'une vidéocapsule	LAD13	106,10	528,60

REMARQUES:

- 1) Les codes LFQ11 et LFQ12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes LBD12 et LBD13 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes LAD11, LAD12 et LAD13 (positions 6 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 2 - Endoscopie haute diagnostique

1) Oesophago (fibro) scopie exploratrice	LDE11	9,36	46,60
2) Oesophagoscopie avec une ou plusieurs biopsie(s)	LGE11	14,05	70,00
3) Oesophagogastroduodénoscopie sans biopsie	LDE12	21,10	105,10
4) Oesophagogastroduodénoscopie avec biopsie(s), maximum cinq biopsies, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE12	39,19	195,30
5) Oesophagogastroduodénoscopie avec six biopsies ou plus pour étude d'un état pré-néoplasique, y compris cytologie ou coloration vitale ou chromoendoscopie virtuelle	LGE13	57,95	288,70

REMARQUE:

Les codes LDE11 à LGE13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

	Code	Coeff.	Tarif
<i>Sous-section 3 - Endoscopie haute thérapeutique</i>			
1) Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers	LZE11	51,67	257,40
2) Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose	LZE12	58,28	290,40
3) Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie	LZE13	63,87	318,20
4) Oesogastroduodénoscopie avec sclérothérapie de varices	LNE11	63,87	318,20
5) Oesogastroduodénoscopie avec ligature(s) de varices	LNE12	63,87	318,20
6) Oesogastroduodénoscopie avec mise en place de clips hémostatiques ou d'électrocoagulation de tumeurs	LNE13	51,67	257,40
7) Oesogastroduodénoscopie avec résection de tumeur oesophagienne, gastrique ou duodénale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE14	116,10	578,40
8) Oesogastroduodénoscopie avec dissection sous-muqueuse oesophagienne, gastrique ou duodénale, y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LZE15	241,31	1202,30
9) Oesogastroduodénoscopie avec résection trans pariétale d'une lésion, y compris marquage, résection avec fermeture immédiate et hémostase	LZE16	180,15	897,60
10) Oesogastroduodénoscopie avec traitement endoscopique de perforations digestives supérieures	LZE17	125,65	626,00
11) Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules oesophagiennes	LNE14	106,10	528,60
12) Oesogastroduodénoscopie avec ablation par radiofréquence de lésions pré- néoplasiques de l'oesophage	LNE15	103,72	516,80
13) Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies	LZE18	84,28	419,90
14) Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif	LTE11	145,57	725,30
15) Oesogastroduodénoscopie avec nécrosectomie pancréatique, par séance	LTE12	145,57	725,30
16) Extraction ou changement de sonde PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) à ballonnet, avec ou sans dilatation, sans endoscopie	LPF11	18,73	93,30
17) Oesophagogastrroduodénoscopie avec mise en place d'une sonde d'alimentation ou décompression jéjunale	LQE11	84,28	419,90
18) Oesophagogastrroduodénoscopie avec mise en place de PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) en sonde jéjunale de type JET-PEG (jejunal tube through PEG)	LQE12	85,05	423,70
19) Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise	LNE17	84,28	419,90
20) Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique	LZE19	72,00	358,70
21) Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée, par voie endoscopique, avec gastropexie	LZE21	106,10	528,60
22) Oesophagogastrroduodénoscopie avec myotomie endoscopique (POEM : Per Oral Endoscopic Myotomy)	LNE18	241,31	1202,30
23) Oesophagogastrroduodénoscopie avec dilatation pneumatique d'une achalasie	LNE19	94,85	472,60
24) Oesophagogastrroduodénoscopie avec traitement d'un diverticule de Zenker	LNE21	130,83	651,80
25) Oesophagogastrroduodénoscopie avec myotomie du pylore	LPE12	241,31	1202,30
26) Traitement endoscopique du Buried bumper	LPE13	143,75	716,20
27) Abrasion et resurfaçage de la muqueuse duodénale, par voie endoscopique	LPE14	129,09	643,20
REMARQUE: Les codes LZE11 à LPE14 (positions 1 à 27) ne sont cumulables ni avec un autre code de la présente sous-section, ni avec le code LDE22 (position 1) de la sous-section 8 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique) ni avec les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) de la sous-section 9 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique).			
<i>Sous-section 4 - Entéroscopie diagnostique</i>			
1) Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée	LDE13	91,34	455,10
2) Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE14	90,02	448,50
3) Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE14	90,02	448,50
4) Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, sans biopsie	LDE15	90,02	448,50
5) Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié, biopsie(s) comprise(s)	LGE15	90,02	448,50
REMARQUES: 1) Le code LDE13 (position 1) n'est pas cumulable avec un autre code de la présente sous-section. 2) Les codes LDE14 et LGE14 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux. 3) Les codes LDE15 et LGE15 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.			
<i>Sous-section 5 - Entéroscopie thérapeutique</i>			
1) Entéroscopie haute à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE13	106,10	528,60
2) Entéroscopie basse à l'aide d'un entéroscope dédié avec acte thérapeutique : coagulation, polypectomie	LQE14	106,10	528,60
<i>Sous-section 6 - Endoscopie digestive basse diagnostique</i>			
1) Anuscopie - CAC	LWD16	9,36	46,60
2) Rectoscopie exploratrice avec rectoscope rigide, sans biopsie	LDE16	13,50	67,30
3) Rectoscopie avec rectoscope rigide et biopsie(s)	LGE16	18,18	90,60
4) Colofibrosopie du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, sans biopsie	LDE17	28,11	140,10
5) Colofibrosopie du côlon gauche avec biopsie(s)	LGE17	33,51	167,00
6) Colofibrosopie totale, sans biopsie	LDE18	50,55	251,90
7) Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et jusqu'à dix biopsies	LGE18	55,75	277,80
8) Colofibrosopie totale avec chromoendoscopie et biopsies étagées, à partir de onze biopsies	LGE19	60,71	302,50

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
9) Colofibroscope du côlon gauche, y compris la rectosigmoïdoscopie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE19	42,83	213,40
10) Colofibroscope du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE21	54,09	269,50
11) Colofibroscope totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LDE21	71,16	354,50
12) Colofibroscope totale avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LGE22	77,76	387,40
REMARQUE: Les codes LDE16 à LGE22 (positions 2 à 12) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) de la sous-section 7 (Endoscopie digestive basse thérapeutique).			
<i>Sous-section 7 - Endoscopie digestive basse thérapeutique</i>			
1) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance, par période de six mois	LWD17	18,73	93,30
2) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séance suivante	LWD18	16,40	81,70
3) Traitement de la fistule anale avec injection de cellules souches	LWD19	74,88	373,10
4) Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde par séance	LWD21	14,08	70,20
5) Hémostase lors d'une colofibroscope	LRE11	23,44	116,80
6) Résection endoscopique d'un polype à l'anse froide ou diathermique, par polype, avec récupération du polype	LRE12	16,44	81,90
7) Résection endoscopique d'un polype pédiculé > 10 mm avec traitement du pédicule, par polype	LRE13	21,08	105,00
8) Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE14	58,28	290,40
9) Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes : extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique	LRE15	84,28	419,90
10) Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'une prothèse, y compris la dilatation endoscopique	LRE16	116,10	578,40
11) Colofibroscope partielle ou totale avec résection de tumeur colique ou iléale par résection muqueuse endoscopique (EMR), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE17	95,56	476,10
12) Colofibroscope partielle ou totale avec dissection sous-muqueuse (ESD : Endoscopic Submucosal Dissection), y compris coloration, marquage, résection large et hémostase	LRE18	296,91	1479,30
13) Colofibroscope partielle ou totale avec résection transpariétale, y compris marquage, résection et fermeture simultanée par clips OTSC (Over The Scope)	LRE19	241,31	1202,30
14) Colofibroscope partielle ou totale avec traitement endoscopique de perforations digestives basses	LRE21	125,65	626,00
15) Colofibroscope partielle ou totale avec mise en place d'un drainage par éponge, sous aspiration, pour le traitement de fistules anastomotiques	LRE22	84,28	419,90
16) Colofibroscope de décompression avec pose d'une sonde de décompression	LRE23	84,28	419,90
17) Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes : polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE24	64,28	320,30
18) Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie et/ou résection de tumeurs, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR)	LRE25	88,95	443,20
REMARQUES:			
1) Le code LWD17 (position 1) ne peut être mis en compte qu'une seule fois sur une période de 6 mois, pour un même patient.			
2) Le code LWD18 (position 2) ne peut être mis en compte que pendant une période de 6 mois à compter de la mise en compte du code LWD17 (position 1).			
3) Les codes LWD17 à LWD19 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.			
4) Le code LWD21 (position 4) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LWD16.			
5) Le code LRE11 (position 5) n'est cumulable à plein tarif qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.			
6) Le code LRE12 (position 6) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.			
7) Le code LRE12 (position 6) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1er.			
8) Le code LRE13 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec le code LDE17, LGE17, LDE18, LGE18, LGE19, LDE19, LGE21, LDE21, LGE22, LRE14, LRE15, LRE16, LRE17, LRE18, LRE19, LRE21, LRE22, LRE23, LRE24 ou LRE25.			
9) Le code LRE13 (position 7) n'est pas soumis aux dispositions de l'article 9, alinéa 1er.			
10) Les codes LRE14 à LRE25 (positions 8 à 18) ne sont pas cumulables entre eux.			
<i>Sous-section 8 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique</i>			
1) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice	LDE22	71,07	354,10
REMARQUE: Le code LDE22 (position 1) n'est cumulable ni avec un code de la sous-section 3 (Endoscopie haute thérapeutique), ni avec un code de la sous-section 9 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique).			

Sous-section 9 - Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) thérapeutique

	Code	Coeff.	Tarif
1) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s)	LTE13	85,89	427,90
2) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie(s) sur terrain "atypique" (bypass, gastrectomie...)	LTE14	145,57	725,30
3) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, sonde de Dormia, cathéter à ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation)	LTE15	105,07	523,50
4) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse	LTE16	128,65	641,00
5) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place de deux ou plusieurs prothèses	LTE17	151,95	757,10
6) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec résection de lésions pré-néoplasiques et néoplasiques de la papille	LTE18	145,57	725,30
7) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe, y compris une ou plusieurs biopsie(s)	LTE19	126,46	630,10
8) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec cholangioscopie/pancréaticoscopie directe avec lithotritie, électro-hydraulique ou laser	LTE21	196,22	977,60

REMARQUE:

Les codes LTE13 à LTE21 (positions 1 à 8) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un code de la sous-section 3 (Endoscopie haute thérapeutique), ni avec un code de la sous-section 8 (Cholangio-Pancréaticographie Rétrograde Endoscopique (CPRE) diagnostique).

Sous-section 10 - Echoendoscopie diagnostique

1) Echoendoscopie digestive supérieure	LEE11	74,88	373,10
2) Echoendoscopie digestive supérieure avec injection de contraste	LEE12	85,05	423,70
3) Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires	LEE13	103,72	516,80
4) Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires avec injection de contraste sous contrôle échographique	LEE14	112,45	560,30
5) Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde	LEE15	74,88	373,10
6) Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde avec injection de contraste	LEE16	85,05	423,70
7) Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine	LEE17	143,75	716,20
8) Echoendoscopie digestive haute ou basse avec ponction d'une structure intra- ou extra-murale à l'aiguille fine, avec injection de contraste	LEE18	152,41	759,40
9) Echoendoscopie digestive haute ou basse avec endomicroscopie	LEE19	181,15	902,50

REMARQUES:

- 1) Les codes LEE11 et LEE12 (positions 1 et 2) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE13, LEE14, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 3, 4, 7, 8 et 9).
- 2) Les codes LEE13 et LEE14 (positions 3 et 4) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE11, LEE12, LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 1, 2, 7, 8 et 9).
- 3) Les codes LEE15 et LEE16 (positions 5 et 6) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9).
- 4) Les codes LEE17, LEE18 et LEE19 (positions 7 à 9) ne sont cumulables ni entre eux, ni avec un autre code de la présente sous-section.

Sous-section 11 - Echoendoscopie thérapeutique

1) Echoendoscopie digestive haute ou basse avec drainage transmural	LZP11	190,93	951,30
2) Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies biliaires ou à la vésicule biliaire, y compris la pose de stent	LSP11	211,69	1054,70
3) Echoendoscopie digestive haute avec accès aux voies pancréatiques, y compris la pose de stent	LTP11	211,69	1054,70
4) Echoendoscopie digestive haute avec destruction de tumeurs hépatiques ou pancréatiques, par un courant de radiofréquence ou une autre énergie	LZP12	211,69	1054,70
5) Echoendoscopie digestive haute avec neurolyse du plexus coeliaque	LZP13	152,41	759,40

REMARQUE:

Les codes LZP11 à LZP13 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.

Sous-section 12 - Explorations hépatiques

1) Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression par voie transjugulaire	LBF11	84,28	419,90
2) Cathétérisme des veines sus-hépatiques avec prise de pression et biopsie hépatique par voie transjugulaire	LGF11	107,63	536,20
3) Elastographie hépatique	LCM11	9,33	46,50
4) Echographie abdominale avec injection de contraste spécifique (CEUS : ContrastEnhanced Ultra-Sound)	LCM12	39,19	195,30

REMARQUES:

- 1) Les codes LBF11 et LGF11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code LCM11 (position 3) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes LCM13 ou LCM14 ou LCM15.
- 3) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte et cumulé à plein tarif qu'avec les codes

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
LCM14 ou LCM15. 4) Le code LCM12 (position 4) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.			
<i>Sous-section 13 - Explorations abdomino-pelviennes</i>			
1) Echographie hépato-gastro-entérologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens ; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	LCM13	18,36	91,50
2) Echographie hépato-gastro-entérologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	LCM14	23,82	118,70
3) Echographie hépato-gastro-entérologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, séance suivante pour une période de six mois	LCM15	11,91	59,30
REMARQUES:			
1) Les codes LCM13, LCM14 et LCM15 (positions 1 à 3) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.			
2) Le code LCM13, LCM14 ou LCM15 (positions 1 à 3) peut être mis en compte avec le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 au cours de la même séance.			
<i>Sous-section 14 - Actes thérapeutiques sur le foie</i>			
1) Echographie abdominale avec destruction de tumeur hépatique par alcoolisation	LSF11	44,92	223,80
REMARQUE:			
Le code LSF11 (position 1) n'est pas cumulable avec les codes LCM11 et LCM12 et ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en gastro-entérologie.			
<i>Sous-section 15 - Transplantation de microbiote fécal</i>			
1) Transplantation de microbiote fécal par voie haute, par oesogastroduodénoscopie	LZQ11	64,37	320,70
2) Transplantation de microbiote fécal par voie basse, par coloscopie	LZQ12	64,37	320,70
<i>Sous-section 16 - Divers</i>			
1) Tamponnade de l'œsophage	LND11	42,28	210,70
2) Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique	LZM11	91,34	455,10
<i>Sous-section 17 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil</i>			
1) Echographe Classe I	LCJ11		45,00
2) Montant réduit pour échographe Classe I	LCJ12		5,00
3) Echographe Classe II	LCJ21		80,00
4) Montant réduit pour échographe Classe II	LCJ22		5,00
5) Echographe Classe III	LCJ31		105,00
6) Montant réduit pour échographe Classe III	LCJ32		5,00
REMARQUES:			
1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20 000,00 euros et 59 999,99 euros.			
2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60 000,00 euros et 89 999,99 euros.			
3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110 000,00 euros.			
4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.			
5) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3 et 5. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.			
6) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4 et 6. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.			
7) Le code LCJ11, LCJ12, LCJ21, LCJ22, LCJ31 ou LCJ32 ne peut être mis en compte que si le code LCM13, LCM14 ou LCM15 a été mis en compte au cours de la même séance.			
Section 7 - Rhumatologie - Rééducation, réadaptation et réhabilitation			
1) Ponction-biopsie articulaire: coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou	1R11	25,01	124,60
2) Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule, la hanche, la sacro-iliaque, et le genou	1R12	12,20	60,80
3) Ponction-biopsie osseuse au trocart	1R21	12,20	60,80
4) Synoviorrhèse isotopique	1R31	10,57	52,70
5) Traction vertébrale sur table mécanique ou à moteur électrique - APCM pour plus de 6 séances	1R51	5,26	26,20
6) Manipulation vertébrale - APCM pour plus de 6 séances par an	1R52	8,18	40,80
7) Ponction d'un disque et chimionucléolyse	1R61	39,60	197,30

	Code	Coeff.	Tarif
8) Arthroscopie avec ou sans biopsie	1R71	48,92	243,70
9) Bilan d'évaluation pluridisciplinaire en milieu hospitalier, sur prescription, non renouvelable avant le délai de six mois	1R72	24,87	123,90
10) Bilan d'évaluation à l'admission en traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique	1R73	24,87	123,90
11) Bilan d'évaluation pluridisciplinaire à l'admission en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de réhabilitation physique ou dans le service national de réhabilitation post-oncologique, sur prescription, non renouvelable avant le délai de 6 mois	1R74	24,87	123,90

REMARQUES:

- 1) La position 1R72 est réservée au médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.
- 2) Le code 1R74 (position 11) ne peut être mis en compte que par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation salarié ou agréé auprès du service national de réhabilitation physique ou du service national de réhabilitation post-oncologique de l'établissement hospitalier spécialisé en réhabilitation physique et post-oncologique. Ce bilan est à réaliser dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire composée au moins d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation et de deux professionnels de santé différents parmi les suivants : infirmier, masseur-kinésithérapeute ou ergothérapeute.
- 3) En cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour succédant à un traitement stationnaire dans l'établissement hospitalier qui exploite les services nationaux de réhabilitation physique et de réhabilitation post-oncologique, la mise en compte du code 1R74 (position 11) ne peut pas intervenir avant l'expiration d'un délai minimum de 3 mois entre la fin du traitement stationnaire et le début du traitement en lit d'hospitalisation de jour.
- 4) Le code 1R74 (position 11) ne peut être mis en compte qu'à condition que le code 1R72 (position 9) n'ait pas été mis en compte pour le même patient endéans les 3 mois précédents.

Section 8 - Dermatologie

1) Prélèvement de peau, hors scalp, visage, cou, mains et pieds et hors muqueuse, pour examen histologique - CAC	CGA11	5,06	25,20
2) Prélèvement de peau au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds ou de muqueuse, pour examen histologique - CAC	CGA12	7,59	37,80
3) Capillaroscopie à l'aide d'un capillaroscope	CKQ11	4,93	24,60
4) Examen complet du tégument par un médecin spécialiste en dermatologie, avec dermatoscopie, non renouvelable avant 6 mois - CAC	CKQ12	4,92	24,50
5) Destruction d'une à 4 tumeur(s) bénigne(s) de la peau ou lésion(s) pré- cancéreuse(s) hors scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance - CAC	CLA11	8,20	40,90
6) Destruction d'une à 4 tumeur(s) bénigne(s) de la peau ou lésion(s) pré- cancéreuse(s) hors scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance, par cryothérapie avec de l'azote liquide - CAC	CLQ11	9,02	44,90
7) Destruction d'une à 4 tumeur(s) bénigne(s) de la peau ou lésion(s) pré- cancéreuse(s) au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance - CAC	CLA12	10,55	52,60
8) Destruction d'une à 4 tumeur(s) bénigne(s) de la peau ou lésion(s) pré- cancéreuse(s) au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance, par cryothérapie avec de l'azote liquide - CAC	CLQ12	11,60	57,80
9) Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau ou lésions pré- cancéreuses hors scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance - CAC	CLA13	15,94	79,40
10) Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau ou lésions pré- cancéreuses hors scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance, par cryothérapie avec de l'azote liquide - CAC	CLQ13	17,53	87,30
11) Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau ou lésions pré- cancéreuses au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance - CAC	CLA14	18,14	90,40
12) Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau ou lésions pré- cancéreuses au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds, en une seule séance, par cryothérapie avec de l'azote liquide - CAC	CLQ14	19,96	99,40
13) Exérèse ou destruction d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 1cm de grand axe en dehors du scalp, visage, cou, mains et pieds - CAC	CLA15	9,38	46,70
14) Exérèse ou destruction d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 1 cm de grand axe, au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds - CAC	CLA16	14,46	72,00
15) Exérèse ou destruction d'une tumeur maligne de la peau de moins de 1cm de grand axe en dehors du scalp, visage, cou, mains et pieds - CAC	CLA17	11,72	58,40
16) Exérèse ou destruction d'une tumeur maligne de la peau de moins de 1cm de grand axe au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds - CAC	CLA18	16,41	81,80
17) Exérèse ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de plus de 1cm de grand axe, sans mise en place d'un fil sous-cutané	CLA19	23,44	116,80
18) Exérèse ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de plus de 1cm de grand axe, avec mise en place d'un fil sous-cutané	CLA21	26,72	133,10
19) Acte complémentaire : Suture hors scalp, visage, cou, mains, pieds et muqueuse, y compris le matériel	CZA13	2,34	11,70
20) Acte complémentaire : Suture au niveau du scalp, visage, cou, mains et pieds et de la muqueuse, y compris le matériel	CZA14	3,52	17,50
21) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique régionale, par séance	CMQ11	3,40	16,90
22) Frais de location	CMQ11X	0,64	3,20
23) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique, application générale, par séance	CMQ12	6,21	30,90
24) Frais de location	CMQ12X	1,68	8,40
25) Photothérapie dynamique avec infra-rouge	CMQ13	32,58	162,30
26) Epilation laser ou en lumière pulsée du visage dans le cadre d'un hirsutisme pathologique (score de Ferriman et Gallwey supérieur ou égal à 25) confirmé par un médecin spécialiste en endocrinologie avec un score supérieur ou égal à 5 (sur 8) pour lèvre supérieure et menton, par séance - APCM	CNQ11	23,44	116,80

27) Epilation laser ou en lumière pulsée, du visage et/ou du cou et/ou du décolleté dans le cadre d'un hirsutisme pathologique (score de Ferriman et Gallwey supérieur ou égal à 25) confirmé par un médecin spécialiste en endocrinologie avec un score supérieur ou égal à 8 (sur 12) pour lèvre supérieure, menton et poitrine, par séance - APCM

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
	CNQ12	32,81	163,50
REMARQUES:			
1) Les codes CLQ11, CLQ12, CLQ13 et CLQ14, CZA13 et CZA14 (positions 6, 8, 10, 12, 19 et 20) sont réservés aux médecins spécialistes en dermatologie.			
2) Les codes CLA11, CLQ11, CLA12, CLQ12 (positions 5 à 8) ne sont pas cumulables dans une même séance avec les codes CLA13, CLQ13, CLA14 et CLQ14 (positions 9 à 12).			
3) Le code CLA11 (position 5) n'est pas cumulable dans une même séance avec le code CLQ11 (position 6).			
4) Le code CLA12 (position 7) n'est pas cumulable dans une même séance avec le code CLQ12 (position 8).			
5) Le code CLA13 (position 9) n'est pas cumulable dans une même séance avec le code CLQ13 (position 10).			
6) Le code CLA14 (position 11) n'est pas cumulable dans une même séance avec le code CLQ14 (position 12).			
7) Les codes CMQ11 et CMQ12 (position 21 et 23) ne sont pas cumulables dans une même séance entre eux.			
8) Les frais de matériel sans suture ne peuvent être mis en compte que conformément à l'article 15 du présent règlement.			
9) Le code CZA13 (position 19) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en dermatologie lors de leur activité en milieu extra-hospitalier et n'est cumulable que conjointement à un des actes principaux CGA11, CLA11, CLA13, CLA15, CLA17, CLA19, CLA21 (position 1, 5, 9, 13, 15, 17 et 18). Le code CZA13 est cumulable à plein tarif avec les actes susmentionnés et n'est pas cumulable avec les frais de matériel sans suture.			
10) Le code CZA14 (position 20) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en dermatologie lors de leur activité en milieu extra-hospitalier et n'est cumulable que conjointement à un des actes principaux CGA12, CLA12, CLA14, CLA16, CLA18, CLA19, CLA21 (position 2, 7, 11, 14, 16, 17 et 18). Le code CZA14 est cumulable à plein tarif avec les actes susmentionnés et n'est pas cumulable avec les frais de matériel sans suture.			
11) Les codes CNQ11 et CNQ12 (position 26 et 27) ne peuvent être mis en compte que 6 fois par patient par année.			
Section 9 - Gériatrie			
1) Bilan d'évaluation multidisciplinaire dans le cadre d'institutions ou de réseaux de soins à l'exception des patients hospitalisés en secteur aigu ou en rééducation, une fois par année, acte isolé uniquement cumulable avec les frais de déplacement	1F11	28,60	142,50
2) Bilan d'évaluation multi-disciplinaire gériatrique lors d'une hospitalisation stationnaire dans un service autre qu'un service de gériatrie pour une personne âgée d'au moins 75 ans et présentant une polymorbidité, sur prescription du médecin traitant hospitalier, non renouvelable avant le délai de 6 mois et comprenant - anamnèse médico-psycho-sociale - recensement des comorbidités et facteurs de risque - analyse des interactions médicamenteuses - évaluation des risques gériatriques: • risque de dépendance • risque de dénutrition • risque de chute • risque de fracture • risque de démence • risque de dépression • risque d'escarre • risque d'isolement social - examen clinique suivant approche gériatrique - interprétation des examens biologiques et complémentaires - synthèse des résultats de l'évaluation interdisciplinaire après concertation en équipe - élaboration d'une recommandation d'orientation, de thérapie et de prise en charge globale de la personne âgée - rédaction d'un rapport au médecin traitant comportant les résultats de toutes les évaluations énumérées ci-dessus - communication des résultats de l'évaluation au patient et à son entourage.	1F12	28,60	142,50
REMARQUE: Les positions 1F11 et 1F12 sont réservées aux médecins spécialistes en gériatrie.			
Section 10 - Médecine génétique			
1) Forfait pour conseil génétique sans test génétique réservé au médecin spécialiste en médecine génétique sur prescription médicale d'un médecin spécialiste et comprenant au moins les éléments suivants: a) Recueil des attentes spécifiques de la personne venant chercher le conseil génétique b) Elaboration des anamnèses personnelle et familiale eu égard au contexte social et ethnique c) Réalisation d'un arbre généalogique comprenant au minimum les apparentés au 2ème degré d) Réalisation d'un examen clinique circonstancié	1A11	100,55	501,00

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
e) Compléter les données anamnestiques (imagerie radiologique, analyses biologiques, rapports médicaux antérieurs, etc.)			
f) Explication à la personne venant chercher le conseil génétique de sa situation médicale respectivement génétique de départ et de l'issue possible du résultat du test génétique disponible en détaillant le cas échéant les éventuelles pistes thérapeutiques tout en l'informant sur les coûts encourus ainsi que sur les conditions de la prise en charge par la sécurité sociale			
g) Si la réalisation du test génétique disponible n'est pas souhaitée par la personne venant chercher le conseil génétique, le rapport final est rédigé et transmis au médecin traitant et à la personne elle-même			
2) Forfait pour conseil génétique avec test génétique réservé au médecin spécialiste en médecine génétique sur prescription médicale d'un médecin spécialiste et comprenant au moins les éléments suivants:	1A12	124,94	622,50
a) Recueil des attentes spécifiques de la personne venant chercher le conseil génétique			
b) Elaboration des anamnèses personnelle et familiale eu égard au contexte social et ethnique			
c) Réalisation d'un arbre généalogique comprenant au minimum les apparentés au 2ème degré			
d) Réalisation d'un examen clinique circonstancié			
e) Compléter les données anamnestiques (imagerie radiologique, analyses biologiques, rapports médicaux antérieurs, etc.)			
f) Explication à la personne venant chercher le conseil génétique de sa situation médicale respectivement génétique de départ et de l'issue possible du résultat du test génétique disponible en détaillant le cas échéant les éventuelles pistes thérapeutiques			
g) Si la réalisation du test génétique disponible est souhaitée par la personne venant chercher le conseil génétique, celle-ci est informée sur les coûts encourus ainsi que sur les conditions de la prise en charge par la sécurité sociale			
h) Prescription du test génétique suite au consentement éclairé recueilli par écrit auprès de la personne venant chercher le conseil génétique			
i) Explication du résultat du test génétique à la personne venant chercher le conseil génétique et élaboration de la conduite à tenir éventuelle			
j) Rédaction du rapport final qui sera transmis au médecin traitant et à la personne venant chercher le conseil génétique			
Section 11 - Endocrinologie			
1) Enregistrement en continu du glucose interstitiel par enregistreur portable (holter) avec mise en place, lecture et rapport ; initiation du traitement - CAT	QFQ11	27,44	136,70
2) Enregistrement en continu du glucose interstitiel par enregistreur portable (holter) chez un enfant de moins de 14 ans avec mise en place, lecture et rapport ; initiation du traitement - CAT	QFQ12	29,73	148,10
3) Enregistrement en continu du glucose interstitiel par enregistreur portable (holter) avec lecture et rapport ; suivi du traitement, maximum un examen trimestriel - CAT	QFQ13	15,10	75,20
4) Enregistrement en continu du glucose interstitiel par enregistreur portable (holter) chez un enfant de moins de 14 ans avec lecture et rapport, suivi du traitement ; maximum 2 examens trimestriels avec une limite de 6 examens annuels - CAT	QFQ14	16,92	84,30
5) Enregistrement diagnostique de la mesure en continu du glucose interstitiel sur une durée de 2 à 21 jours par enregistreur portable (holter) avec mise en place, lecture et rapport	QFQ15	13,26	66,10
6) Pose ou changement d'un capteur implantable sous-cutané de mesure continue du glucose interstitiel	QFB11	8,23	41,00
7) Retrait d'un capteur implantable sous-cutané de mesure continue du glucose interstitiel	QFB12	8,23	41,00
8) Installation et initialisation d'une pompe à insuline	QZQ11	32,40	161,40
9) Programmation et contrôle d'une pompe à insuline avec adaptation des dosages, réglage et supervision des sécurités	QZQ12	13,72	68,40
10) Initialisation d'un stylo à insuline connecté, analyse des données et information du patient	QZB11	14,20	70,70
11) Test dynamique de stimulation hormonale sous surveillance médicale après administration orale, injection sous-cutanée, intraveineuse ou intramusculaire avec lecture, interprétation et rapport - CAC	QFQ16	11,20	55,80
12) Analyse d'impédance bioélectrique (BIA), y compris l'interprétation - CAC	QKQ11	2,29	11,40
13) Mesure de la fonction sudorale par conductance cutanée électrochimique et interprétation - CAC	QKQ12	2,29	11,40
14) Rétinographie non mydriatique avec interprétation - CAC	YCQ11	3,89	19,40
15) Mesure de l'index de la pression artérielle systolique d'un membre en au moins 3 points, par doppler transcutané - CAC	HBM11	2,29	11,40
16) Épreuve d'effort sur tapis roulant avec mesure de l'index de la pression artérielle systolique (IPS), sous contrôle médical, d'une durée minimale de 30 minutes - CAC	HBQ11	5,60	27,90
17) Cytoponction échoguidée de la thyroïde, par voie transcutanée	QGB11	18,29	91,10
18) Ponction échoguidée des ganglions cervicaux, par voie transcutanée	QGB12	22,87	113,90
19) Alcoolisation échoguidée d'un nodule thyroïdien, par voie transcutanée	QNB11	34,30	170,90
20) Thermoablation par radiofréquence de nodules thyroïdiens ou parathyroïdiens, avec guidage échographique	QNQ11	50,31	250,70
21) Bilan d'évaluation pluridisciplinaire comprenant une évaluation standardisée pour un patient diabétique, réalisé en collaboration avec au moins trois professionnels de santé différents, avec rapport des participants ; maximum une fois par an	QKQ13	10,74	53,50
22) Transition d'une prise en charge pédiatrique vers une prise en charge adulte : réunion réalisée par le médecin spécialiste en présence du malade et de la famille ou du tuteur afin de présenter le principe de la transition, décrire les différentes étapes et intervenants et rédiger un rapport sur l'histoire de la maladie et du malade pour le spécialiste effectuant la suite de la prise en charge	QZQ13	20,12	100,20
23) Transition d'une prise en charge pédiatrique vers une prise en charge adulte : réunion réalisée par le médecin spécialiste en présence du malade et de la famille ou du tuteur afin d'accueillir le malade en transition, présenter le nouveau cadre de prise en charge et intervenants	QZQ14	17,15	85,40
24) Éducation thérapeutique du patient, à l'exception de patients mineurs, incapables majeurs, souffrant de démence, de troubles psychiatriques, en situation d'handicap, pour l'utilisation du matériel servant à	QZQ15	4,57	22,80

- l'autoinjection et l'auto-contrôle - CAC
- 25) Éducation thérapeutique de patients mineurs, incapables majeurs, souffrant de démence, de troubles psychiatriques, en situation d'handicap, et intervenants sociaux ou éducatifs en charge du patient pour l'utilisation du matériel servant à l'autoinjection et l'autocontrôle - CAC

	Code	Coeff.	Tarif
	QZQ16	6,86	34,20
REMARQUES:			
1) Les codes QFQ11 et QFQ12 (positions 1 et 2) ne peuvent être mis en compte qu'une seule fois par patient, par période de 4 ans.			
2) Le code QFB11 (position 6) n'est pas cumulable avec les codes QFQ11 et QFQ12 (positions 1 et 2).			
3) Les codes QFQ11, QFQ12, QFQ13, QFQ14 et QFQ15 (positions 1 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.			
4) Les codes YCQ11 et QKQ13 (positions 14 et 21) ne peuvent être mis en compte que par un médecin agréé dans le réseau de compétences « Diabète et obésité morbide de l'adulte » ou dans le réseau de compétences « Diabète et obésité morbide de l'enfant ».			
5) Le code QZQ13 (position 22) ne peut être mis en compte que par un médecin agréé dans le réseau de compétences « Diabète et obésité morbide de l'enfant ».			
6) Le code QZQ14 (position 23) ne peut être mis en compte que par un médecin agréé dans le réseau de compétences « Diabète et obésité morbide de l'adulte ».			
7) Les codes QZQ13, QZQ14, QZQ15 et QZQ16 (positions 22 à 25) ne peuvent être mis en compte qu'une seule fois par patient.			
Chapitre 2 - Chirurgie			
Section 1 - Traitement des lésions traumatiques			
<i>Sous-section 1 - Fractures</i>			
a) Traitement orthopédique, y compris l'immobilisation, d'une fracture simple ne nécessitant pas de réduction. Appareillage provisoire d'une fracture.			
1) Immobilisation d'une fracture: main, poignet, pied, cheville	2L11	8,60	42,80
2) Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras	2L12	8,60	42,80
3) Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin	2L13	8,60	42,80
4) Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2L14	35,35	176,10
5) Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré	2L15	35,35	176,10
6) Répétition d'un plâtre pour fracture	2L17	8,60	42,80
7) Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia	2L18	12,75	63,50
8) Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L19	16,80	83,70
b) Traitement d'une fracture par réduction, extension continue, ou broches de Kirschner et contention			
9) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture (sauf celles décrites sous 2L22 à 2L24)	2L21	15,20	75,70
10) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse	2L22	35,35	176,10
11) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe	2L23	47,60	237,20
12) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur	2L24	63,45	316,10
c) Traitement sanglant de fractures, sans ostéosynthèse ni greffe osseuse, réduction et contention comprises			
13) Traitement sanglant de fracture: clavicule, olécrane, métacarpe, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L31	23,55	117,30
14) Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse	2L32	53,10	264,60
15) Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L33	71,40	355,70
16) Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise	2L34	95,10	473,80
d) Traitement par ostéosynthèse			
17) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil	2L41	39,40	196,30
18) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien	2L42	88,30	439,90
19) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de la jambe	2L43	119,05	593,10
20) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial et mortaise	2L44	158,60	790,20
<i>Sous-section 2 - Luxations</i>			
1) Réduction orthopédique et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil, de la clavicule	2L51	7,05	35,10
2) Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied	2L52	17,45	86,90
3) Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale	2L53	28,05	139,80

	Code	Coeff.	Tarif
4) Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil	2L61	13,60	67,80
5) Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule	2L62	58,25	290,20
6) Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied	2L63	89,90	447,90
7) Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche	2L64	116,45	580,20
REMARQUE: En cas de fracture avec luxation associée du même segment, les positions des sous-sections 1 et 2 ne sont pas cumulables.			
<i>Sous-section 3 - Plaies et brûlures</i>			
1) Parage et suture d'une plaie superficielle et peu étendue (moins de 5 points) des parties molles	2L71	8,60	42,80
2) Frais de matériel	2L71M	3,50	17,40
3) Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins)	2L72	17,45	86,90
4) Frais de matériel	2L72M	3,50	17,40
5) Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale	2L73	22,25	110,90
6) Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins	2L76	17,45	86,90
7) Frais de matériel	2L76M	3,50	17,40
8) Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10% au moins)	2L81	13,20	65,80
9) Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25%)	2L82	15,20	75,70
Section 2 - Chirurgie générale			
<i>Sous-section 1 - Chirurgie des infections</i>			
1) Incision, drainage d'une collection superficielle, peu volumineuse (abcès, furoncle, hématome) - CAC	2G01	4,25	21,20
2) Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde	2G02	8,50	42,30
3) Incision et drainage d'un phlegmon des gaines digitales ou digito-carpiennes, d'un phlegmon diffus des muscles ou des parois	2G03	16,75	83,50
<i>Sous-section 2 - Peau et tissu cellulaire sous-cutané</i>			
REMARQUE: Les positions 2G05 à 2G07 ne s'appliquent pas aux lésions inférieures à 1 cm ² au visage et inférieures à 5 cm ² au niveau des autres parties du corps.			
1) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; séance test, y compris une documentation photographique avant le début du traitement - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G05	11,00	54,80
2) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, jusqu'à 20 cm ² - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G06	22,00	109,60
3) Traitement par laser à colorant pulsé d'angiodyplasies superficielles; par séance, au-delà de 20 cm ² - APCM pour personne âgée de 18 ans et plus	2G07	33,00	164,40
4) Extraction de corps étrangers superficiels nécessitant une incision	2G51	8,60	42,80
5) Frais de suture	2G51M	3,50	17,40
6) Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise)	2G52	21,40	106,60
7) Implants de médicaments sous forme de pastilles nécessitant une incision cutanée avec suture éventuelle comprise	2G53	8,60	42,80
8) Frais de suture	2G53M	3,50	17,40
9) Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance	2G55	6,55	32,60
10) Frais de suture	2G55M	3,50	17,40
11) Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre)	2G56	12,55	62,50
12) Frais de suture	2G56M	3,50	17,40
13) Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues	2G57	26,00	129,50
14) Frais de suture	2G57M	3,50	17,40
<i>Sous-section 3 - Muscles, tendons, synoviales</i>			
1) Biopsie musculaire	2G60	13,05	65,00
1a) Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	2G61	26,55	132,30
2) Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur	2G65	17,45	86,90
3) Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs	2G66	35,35	176,10
4) Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs	2G67	58,25	290,20
5) Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus	2G68	89,90	447,90
6) Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT	2G71	13,05	65,00
7) Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse	2G72	89,90	447,90
8) Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise	2G73	102,95	512,90
9) Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon	2G74	35,35	176,10
10) Transplantation tendineuse simple	2G75	52,95	263,80
11) Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples	2G76	89,90	447,90
12) Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt	2G81	57,85	288,20
13) Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts	2G82	77,05	383,90

	Code	Coeff.	Tarif
14) Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus	2G83	96,30	479,80
15) Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt	2G84	77,05	383,90
16) Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts	2G85	96,30	479,80
17) Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus	2G86	115,60	576,00
18) Ténotomie	2G91	13,60	67,80
19) Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...)	2G92	13,05	65,00
20) Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...)	2G93	17,45	86,90
21) Exérèse d'une gaine synoviale	2G94	57,85	288,20
22) Exérèse de deux gaines synoviales	2G95	77,05	383,90
23) Exérèse de trois gaines synoviales ou plus	2G96	96,30	479,80
<i>Sous-section 4 - Système lymphatique</i>			
1) Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique	2F11	6,70	33,40
2) Extirpation d'une chaîne ganglionnaire	2F12	48,20	240,10
3) Cellulo-adénectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale	2F13	120,00	597,90
4) Cellulo-adénectomie élargie (avec examen histologique et rapport opératoire): curage cervical fonctionnel ou radical, thoracique, abdominal	2F14	320,00	1594,30
<i>Sous-section 5 - Nerfs</i>			
1) Suture nerveuse primitive	2P11	37,70	187,80
2) Suture nerveuse secondaire	2P12	44,25	220,50
3) Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture	2P13	91,15	454,10
4) Greffe nerveuse	2P14	115,60	576,00
5) Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux	2P15	144,55	720,20
6) Libération d'un nerf comprimé après fracture	2P16	37,70	187,80
7) Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse	2P21	48,20	240,10
8) Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique	2P22	22,25	110,90
9) Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres	2P23	38,60	192,30
10) Dénervation articulaire d'un doigt ou d'un orteil	2P24	19,20	95,70
11) Dénervation du poignet ou de la cheville	2P25	57,85	288,20
12) Dénervation de l'épaule	2P26	77,05	383,90
13) Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne	2P31	70,35	350,50
14) Résection du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique	2P32	91,10	453,90
15) Résection du nerf présacré	2P33	52,05	259,30
16) Sympathectomie périartérielle	2P34	46,85	233,40
<i>Sous-section 6 - Laparoscopie</i>			
1) Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale	1G15	29,89	148,90
2) Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention	1G16	36,06	179,70
Section 3 - Chirurgie des os et des articulations			
<i>Sous-section 1 - Os</i>			
1) Ablation d'exostoses ou de chondrome	2K11	13,05	65,00
2) Prise d'un greffon osseux - CAT	2K12	13,05	65,00
3) Biopsie osseuse	2K13	13,05	65,00
4) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os	2K21	13,05	65,00
5) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os	2K22	36,40	181,40
6) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os, suivie de greffe osseuse	2K23	62,45	311,10
7) Transplantation ou greffe osseuse	2K31	44,25	220,50
8) Résection diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie	2K32	166,55	829,80
9) Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation	2K33	166,55	829,80
10) Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse	2K34	166,55	829,80
11) Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage	2K35	25,55	127,30
12) Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus	2K36	33,05	164,70
<i>Sous-section 2 - Articulations, à l'exclusion de la chirurgie arthroscopique du genou</i>			
1) Arthrotomie de drainage des doigts et orteils	2K41	3,90	19,40
2) Arthrotomie de drainage de toute autre articulation	2K42	17,45	86,90
3) Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris	2K44	26,55	132,30
4) Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie de l'épaule ou de la hanche, appareil de fixation compris, sauf plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux	2K45	126,90	632,30
5) Arthrotomie pour corps étranger, lésions méniscales ou synovectomie du genou, appareil de fixation compris, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K46	126,90	632,30
6) Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule,	2K47	74,15	369,40

	Code	Coeff.	Tarif
genou, articulation temporo-maxillaire			
7) Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K51	74,15	369,40
8) Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K52	148,10	737,90
9) Ligamentoplastie d'une articulation de la main	2K53	38,60	192,30
10) Ligamentoplastie de deux articulations de la main	2K54	48,20	240,10
11) Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main	2K55	67,35	335,60
12) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils	2K61	35,35	176,10
13) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse	2K62	97,85	487,50
14) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou	2K63	148,10	737,90
15) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche	2K64	185,25	923,00
15a) Triple ostéotomie du bassin	2K65	305,00	1519,60
16) Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil	2K71	48,20	240,10
17) Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet	2K72	96,30	479,80
18) Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale	2K73	26,00	129,50
<i>Sous-section 3 - Chirurgie arthroscopique du genou</i>			
1) Arthroscopie du genou avec lavage et/ou synovectomie partielle	2M01	109,73	546,70
2) Arthroscopie du genou avec synovectomie subtotale par deux abords	2M02	138,47	689,90
3) Arthroscopie du genou avec suture de l'aileron rotulien interne	2M03	156,76	781,00
4) Arthroscopie du genou avec section de l'aileron rotulien externe	2M04	146,57	730,30
5) Arthroscopie du genou avec plastie de l'aileron rotulien interne et greffe tendineuse	2M05	209,01	1041,40
6) Arthroscopie du genou avec chondroplastie	2M06	157,02	782,30
7) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire	2M07	133,76	666,40
8) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale des deux ménisques et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire	2M08	143,69	715,90
9) Arthroscopie du genou avec suture d'un ménisque	2M09	195,94	976,20
10) Arthroscopie du genou avec suture des deux ménisques	2M10	235,13	1171,50
11) Arthroscopie du genou avec microfracture ou forage de Pridie	2M11	146,57	730,30
12) Arthroscopie du genou avec mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou technique similaire	2M12	209,01	1041,40
13) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse	2M13	219,72	1094,70
14) Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé antérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)	2M14	219,72	1094,70
15) Arthroscopie du genou avec ligamentoplastie du croisé postérieur avec mise en place d'un implant (autogreffe avec prise de greffon comprise, allogreffe ou synthétique)	2M15	235,13	1171,50
16) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur ou du croisé postérieur et suture méniscale	2M16	287,38	1431,80
17) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur et du croisé postérieur et suture méniscale	2M17	365,76	1822,30
18) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial	2M18	219,72	1094,70
19) Arthroscopie du genou avec transplantation par allogreffe méniscale	2M19	261,26	1301,70
20) Arthroscopie du genou avec mise en place d'un ménisque artificiel	2M20	221,55	1103,80
21) Arthroscopie du genou avec trochléoplastie arthroscopique par creusement pour dysplasie	2M21	221,55	1103,80
22) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: synovectomie subtotale par deux abords	2M22	57,48	286,40
23) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: suture de l'aileron rotulien interne	2M23	94,05	468,60
24) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: section de l'aileron rotulien externe	2M24	73,67	367,00
25) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: plastie de l'aileron rotulien interne avec greffe tendineuse	2M25	154,14	768,00
26) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: chondroplastie	2M26	94,58	471,20
27) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale d'un ménisque	2M27	48,07	239,50
28) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale des deux ménisques	2M28	67,93	338,40
29) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: microfracture ou forage de Pridie	2M29	73,67	367,00
30) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou analogue	2M30	154,14	768,00
31) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse	2M31	130,63	650,80
REMARQUE:			
Les actes 2M01 à 2M21 ne sont pas cumulables entre eux.			
Les actes 2M22 à 2M31 ne sont pris en charge que conjointement à un des actes 2M01 à 2M15 ou 2M18 à 2M21 et sous condition que leur contenu diffère en totalité de celui de l'acte principal qu'ils complètent. Les actes 2M16 et 2M17 sont non cumulables avec un acte complémentaire.			
Un seul acte complémentaire peut venir compléter un acte principal d'arthroscopie.			
L'acte 2M18 ne peut être associé à un code d'ostéosynthèse pour la même localisation par voie ouverte, notamment les actes 2L43 et 2L44.			
Aucun des actes 2M01 à 2M31 n'est cumulable avec l'acte 1R71.			

Section 4 - Chirurgie des membres

Sous-section 1 - Membre supérieur

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
1) Aponévrotomie palmaire	2E11	19,20	95,70
2) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire	2E12	57,85	288,20
3) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E13	81,85	407,80
4) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire	2E14	115,60	576,00
5) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts	2E15	139,60	695,50
6) Traitement opératoire de la syndactylie d'une commissure, greffe comprise	2E21	77,05	383,90
7) Traitement opératoire de la syndactylie sur deux commissures de la même main, greffe comprise	2E22	96,30	479,80
8) Traitement opératoire du doigt à ressort, de la camptodactylie	2E25	15,05	75,00
9) Ablation de l'hygroma du coude	2E28	11,00	54,80
10) Amputation partielle ou totale d'un doigt	2E31	8,80	43,80
11) Amputation partielle ou totale de deux doigts	2E32	13,20	65,80
12) Amputation partielle ou totale de trois doigts ou plus	2E33	15,40	76,70
13) Amputation d'un doigt avec résection du métacarpien	2E34	38,60	192,30
14) Amputation de deux doigts avec résection des métacarpiens	2E35	57,90	288,50
15) Replantation d'un doigt (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E36	173,45	864,20
16) Replantation de deux doigts (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E37	260,20	1296,40
17) Replantation de trois doigts ou plus (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises)	2E38	303,55	1512,40
18) Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	2E41	46,85	233,40
19) Désarticulation interscapulo-thoracique	2E42	80,80	402,60
20) Réfection complète d'un moignon du membre supérieur, à l'exception des doigts	2E43	26,00	129,50
21) Cinématisation d'un moignon d'amputation (par temps opératoire)	2E44	44,25	220,50
22) Enucléation d'un os du carpe	2E45	35,15	175,10
23) Pollicisation d'un doigt	2E46	173,45	864,20
24) Phalangisation d'un métacarpien	2E47	77,05	383,90
25) Restauration de l'opposition du pouce	2E48	57,85	288,20

Sous-section 2 - Membre inférieur

1) Suture du tendon d'Achille, du tendon rotulien ou de la longue portion du biceps (immobilisation comprise)	2E51	58,25	290,20
2) Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation	2E52	8,80	43,80
3) Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil	2E53	35,35	176,10
4) Traitement chirurgical d'un hallux valgus	2E54	26,00	129,50
5) Amputation partielle ou totale d'un orteil	2E61	8,80	43,80
6) Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse	2E62	46,85	233,40
7) Désarticulation de la hanche	2E63	80,80	402,60
8) Désarticulation interilio-abdominale	2E64	117,25	584,20
9) Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils	2E65	26,00	129,50
10) Astragalectomie	2E71	44,25	220,50
11) Patellectomie	2E72	44,25	220,50
12) Ablation d'un hygroma prérotulien	2E73	8,80	43,80
13) Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC	2E74	4,30	21,40
14) Extirpation d'un névrome de Morton	2E75	38,60	192,30
15) Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E81	26,00	129,50
16) Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E82	13,00	64,80
17) Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E83	35,15	175,10
18) Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches	2E84	17,60	87,70
19) Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise	2E85	80,80	402,60
20) (en suspens)			
21) (en suspens)			
22) (en suspens)			
23) (en suspens)			
24) Redressement non sanglant d'un pied bot	2E94	10,70	53,30
25) Redressement sanglant d'un pied bot	2E95	54,75	272,80

Sous-section 3 - Prothèses

a) Pose, ablation ou changement de prothèses de l'articulation de l'épaule

1) Pose d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral	2J01	216,71	1079,70
2) Pose d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral avec refixation des tubérosités	2J02	224,09	1116,50
3) Pose d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou pose d'une prothèse inversée	2J03	229,02	1141,00
4) Pose d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou pose d'une prothèse inversée avec refixation des tubérosités	2J04	241,33	1202,40
5) Changement d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral	2J05	305,36	1521,40
6) Changement d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou changement d'une	2J06	364,46	1815,80

	Code	Coeff.	Tarif
prothèse inversée			
7) Arthrodèse d'épaule	2J07	233,94	1165,60
8) Ablation d'une prothèse de l'épaule	2J08	211,78	1055,20
9) Ablation d'une prothèse de l'épaule, avec arthrodèse	2J09	252,41	1257,60
10) Ablation d'une prothèse de l'épaule avec mise en place d'un espaceur	2J10	252,41	1257,60
b) Pose, ablation ou changement de prothèses de l'articulation du coude			
1) Pose d'une prothèse distale de l'humérus	2J11	216,71	1079,70
2) Pose d'une prothèse de la tête radiale	2J12	158,84	791,40
3) Pose d'une prothèse totale du coude	2J13	240,10	1196,30
4) Changement d'une prothèse distale de l'humérus	2J14	252,41	1257,60
5) Changement d'une prothèse de la tête radiale	2J15	216,71	1079,70
6) Changement d'une prothèse totale du coude	2J16	305,36	1521,40
7) Ablation d'une prothèse du coude	2J17	153,91	766,80
8) Ablation d'une prothèse du coude avec arthrodèse	2J18	252,41	1257,60
9) Ablation d'une prothèse du coude avec mise en place d'un espaceur	2J19	252,41	1257,60
c) Pose, ablation ou changement d'une prothèse de la hanche			
1) Pose d'une héli prothèse de hanche, implant fémoral	2J21	216,71	1079,70
2) Pose d'une prothèse totale de hanche	2J22	229,02	1141,00
3) Changement d'une prothèse de hanche, implant cotyloïdien ou implant fémoral	2J23	305,36	1521,40
4) Changement d'une prothèse totale de hanche, implant cotyloïdien et implant fémoral	2J24	364,46	1815,80
5) Ablation d'une prothèse de hanche	2J25	153,91	766,80
6) Ablation d'une prothèse de hanche avec arthrodèse	2J26	252,41	1257,60
7) Ablation d'une prothèse de hanche avec mise en place d'un espaceur	2J27	252,41	1257,60
d) Pose, ablation ou changement d'une prothèse de l'articulation du genou			
1) Pose d'une prothèse partielle unicompartmentale du genou, interne ou externe ou fémoro-patellaire	2J31	229,02	1141,00
2) Pose d'une prothèse partielle bicompartmentale du genou, interne ou externe et fémoro-patellaire	2J32	236,41	1177,90
3) Pose d'une prothèse totale du genou, sans resurfaçage de la rotule	2J33	229,02	1141,00
4) Pose d'une prothèse totale du genou, avec resurfaçage de la rotule	2J34	241,33	1202,40
5) Changement d'une prothèse partielle unicompartmentale du genou	2J35	320,13	1595,00
6) Changement d'une prothèse partielle bicompartmentale du genou	2J36	320,13	1595,00
7) Changement d'une prothèse totale du genou	2J37	364,46	1815,80
8) Ablation d'une prothèse du genou	2J38	211,78	1055,20
9) Ablation d'une prothèse du genou avec arthrodèse	2J39	252,41	1257,60
10) Ablation d'une prothèse du genou, avec mise en place d'un espaceur	2J40	252,41	1257,60
e) Pose, ablation ou changement d'une prothèse de l'articulation de la cheville			
1) Pose d'une prothèse totale de cheville	2J41	229,02	1141,00
2) Changement d'une prothèse totale de cheville	2J42	364,46	1815,80
3) Ablation d'une prothèse de cheville	2J43	152,68	760,70
4) Ablation d'une prothèse de cheville avec arthrodèse	2J44	252,41	1257,60
5) Ablation d'une prothèse de cheville avec mise en place d'un espaceur	2J45	252,41	1257,60
REMARQUE:			
Les tarifs des actes prévus à la sous-section 3 comprennent les actes d'imagerie per-opératoire, et sont donc non-cumulables.			
Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou			
<i>Sous-section 1 - Cou</i>			
1) Torticolis traité par ténotomie sous-cutanée	2H11	13,60	67,80
2) Torticolis traité par allongement à ciel ouvert	2H12	35,35	176,10
3) Scalénotomie	2H13	20,75	103,40
4) Thyroïdectomie nécessitant une cervico-thoracotomie	2H33	213,45	1063,50
5) Thymectomie	2H43	213,45	1063,50
<i>Sous-section 2 - Chirurgie des seins</i>			
a) Examens diagnostiques			
1) Biopsie mammaire, échographie comprise	SGQ11	25,01	124,60
b) Évacuation de collection du sein			
1) Incision du sein avec ou sans drain de collection, échographie comprise	SLA11	11,15	55,60
2) Drainage d'une collection dans un sein, échographie comprise	SLQ11	25,01	124,60

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
3) Ponction de kyste mammaire, échographie comprise	SLQ12	25,01	124,60
c) Exérèse partielle du sein			
1) Tumorectomie mammaire unilatérale, maligne ou bénigne	SMA11	110,23	549,20
2) Tumorectomie mammaire bilatérale, maligne ou bénigne	SMA12	220,47	1098,40
3) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle	SMA13	151,23	753,50
4) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA14	261,47	1302,70
5) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA15	302,47	1507,00
6) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire homolatéral	SMA16	178,11	887,40
7) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral	SMA17	288,35	1436,60
8) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral	SMA18	356,22	1774,80
9) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et exérèse du ganglion sentinelle controlatéral	SMA19	329,34	1640,90
10) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire homolatérale	SMA21	178,11	887,40
11) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale	SMA22	356,22	1774,80
12) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et curage axillaire homolatéral	SMA23	219,11	1091,70
13) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire bilatéral	SMA24	438,22	2183,30
14) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA25	180,88	901,20
15) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA26	320,77	1598,20
16) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA27	361,77	1802,40
17) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA28	207,76	1035,10
18) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA29	334,65	1667,30
19) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA31	415,52	2070,20
20) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec exérèse du ganglion sentinelle, curage axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA32	248,76	1239,40
21) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire bilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA33	497,52	2478,80
22) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, curage axillaire unilatéral et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA34	388,64	1936,30
23) Tumorectomie mammaire unilatérale maligne, avec réexploration axillaire et correction oncoplastique du sein par lambeau interne	SMA35	207,76	1035,10
24) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire unilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA36	347,65	1732,10
25) Tumorectomie mammaire bilatérale maligne, avec réexploration axillaire bilatérale et correction oncoplastique des seins par lambeaux internes	SMA37	415,52	2070,20
26) Pyramidectomie unilatérale	SMA38	66,93	333,50
27) Pyramidectomie bilatérale	SMA39	133,86	666,90
28) Mastectomie sous-cutanée unilatérale	SMA41	122,70	611,30
29) Mastectomie sous-cutanée bilatérale	SMA42	245,41	1222,70
30) Mastectomie sous-cutanée unilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA43	130,73	651,30
31) Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SMA44	261,47	1302,70
32) Mastectomie sous-cutanée bilatérale avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SMA45	302,43	1506,80
33) Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle unilatérale	SMA46	66,93	333,50
34) Reprise des berges d'exérèse par mastectomie partielle bilatérale	SMA47	133,86	666,90
35) Résection complémentaire avec extemporané des berges	SMA48	55,77	277,90
d) Mastectomie totale			
1) Mastectomie totale unilatérale	SNA11	110,23	549,20
2) Mastectomie totale bilatérale	SNA12	220,47	1098,40
e) Mastectomie totale élargie			
1) Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion sentinelle homolatéral	SPA11	151,23	753,50
2) Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse unilatérale du ganglion sentinelle	SPA12	274,30	1366,60
3) Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse bilatérale du ganglion sentinelle	SPA13	302,46	1506,90
4) Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire unilatéral	SPA14	178,11	887,40
5) Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec curage axillaire bilatéral	SPA15	356,22	1774,80
6) Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse homolatérale du ganglion sentinelle et curage axillaire consécutif	SPA16	219,11	1091,70
7) Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec exérèse du ganglion	SPA17	438,22	2183,30

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
sentinelle et curage axillaire consécutif			
8) Mastectomie totale unilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire unilatérale	SPA18	178,11	887,40
9) Mastectomie totale bilatérale, avec ou sans conservation de l'étui cutané, avec réexploration axillaire bilatérale	SPA19	356,22	1774,80
f) Actes thérapeutiques sur la plaque aréolo-mamelonnaire			
1) Ablation unilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA15	55,77	277,90
2) Ablation bilatérale du complexe aréolo-mamelonnaire	SVA16	111,55	555,80
g) Autres actes thérapeutiques en sénologie			
1) Curage axillaire, par abord direct	SZA11	122,99	612,80
2) Exérèse du ganglion sentinelle, par abord direct	SZA12	82,00	408,50
3) Reprise des berges d'exérèse avec curage axillaire homolatéral, par abord direct	SZA13	178,11	887,40
4) Drainage chirurgical d'un sein pour hématome, abcès ou autre, par abord direct	SZA14	26,77	133,40
5) Drainage d'un lymphocèle axillaire, échographie comprise	SZQ11	25,01	124,60
6) Drainage chirurgical d'un lymphocèle axillaire, par abord direct	SZA15	26,77	133,40
REMARQUES:			
1) Les codes SZA11 et SZA12 (positions 1 et 2) ne sont ni cumulables entre eux, ni avec une autre position de la présente sous-section.			
2) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes SMA13, SMA14, SMA15, SMA16, SMA17, SMA18, SMA19, SMA21, SMA22, SMA23, SMA24, SMA25, SMA26, SMA27, SMA28, SMA29, SMA31, SMA32, SMA33, SMA34, SMA35, SMA36, SMA37, SMA41, SMA42, SMA43, SMA44, SMA45, SNA11, SNA12, SPA11, SPA12, SPA13, SPA14, SPA15, SPA16, SPA17, SPA18, SPA19, SZA11 et SZA13 de la présente sous-section.			
<i>Sous-section 3 - Cage thoracique</i>			
1) Résection d'une côte cervicale	2T11	44,25	220,50
2) Résection de côtes	2T12	30,75	153,20
3) Traitement chirurgical des difformités de la paroi thoracique (en entonnoir, en carène)	2T21	78,10	389,10
4) Thoracoplastie portant sur la paroi thoracique	2T22	78,10	389,10
5) Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant	2T23	71,40	355,70
<i>Sous-section 4 - Médiastin</i>			
1) Médiastinoscopie	2T31	82,00	408,50
2) Extirpation d'un kyste ou d'une tumeur bénigne du médiastin	2T41	213,45	1063,50
3) Extirpation d'une tumeur maligne du médiastin	2T42	213,45	1063,50
4) Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité, sans anastomose	2T51	213,45	1063,50
5) Résection segmentaire de l'oesophage et oesophagoplastie	2T52	213,45	1063,50
6) Résection segmentaire de l'oesophage et anastomose gastrique ou entérique	2T53	286,10	1425,40
REMARQUE:			
Les positions 2T41 à 2T53 ne peuvent être mises en compte qu'en cas d'intervention avec sternotomie ou thoracotomie.			
<i>Sous-section 5 - Poumons et Plèvre</i>			
1) Thoracotomie exploratrice et petite intervention locale	2T61	61,60	306,90
2) Opération de la pleurésie purulente avec résection costale	2T62	35,15	175,10
3) Thoracoplastie avec intervention pleuro-pulmonaire	2T71	78,10	389,10
4) Pneumothorax extra-pleural	2T72	52,05	259,30
5) Décortication pleurale	2T73	78,10	389,10
6) Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique	2T74	184,50	919,20
7) Lobectomie ou résection segmentaire	2T81	184,50	919,20
8) Pneumonectomie	2T82	184,50	919,20
<i>Sous-section 6 - Coeur, gros vaisseaux du médiastin</i>			
a) Actes et pontages sur les coronaires			
1) Intervention chirurgicale sur les coronaires sans pontage, avec ou sans plastie du tronc coronaire gauche, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA01	376,15	1874,10
2) Revascularisation coronaire par pontage avec une anastomose distale par voie mini-invasive (MIDCAB)	HPA02	429,38	2139,30
3) Revascularisation coronaire par pontage avec deux anastomoses distales par voie mini-invasive (MIDCAB)	HPA03	587,44	2926,80
4) Revascularisation coronaire avec une anastomose distale, avec prélèvement d'un greffon, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA04	368,59	1836,40
5) Revascularisation coronaire avec deux anastomoses distales, avec prélèvement d'un greffon à ciel ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA05	449,49	2239,50
6) Revascularisation coronaire avec deux anastomoses distales, avec prélèvement de deux greffons à ciel	HPA06	513,68	2559,30

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie			
7) Revascularisation coronaire avec deux anastomoses distales, avec prélèvement de deux greffons dont au moins un par voie endoscopique, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA07	536,08	2670,90
8) Revascularisation coronaire avec trois anastomoses distales, avec prélèvement de deux greffons à ciel ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA08	565,57	2817,80
9) Revascularisation coronaire avec trois anastomoses distales, avec prélèvement de deux greffons dont au moins un par voie endoscopique, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA09	630,62	3141,90
10) Revascularisation coronaire avec trois anastomoses distales, avec prélèvement de trois greffons à ciel ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA10	601,91	2998,90
11) Revascularisation coronaire avec trois anastomoses distales, avec prélèvement de trois greffons dont au moins un par voie endoscopique, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA11	659,05	3283,60
12) Revascularisation coronaire avec quatre anastomoses distales ou plus, avec prélèvement de deux greffons à ciel ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA12	601,91	2998,90
13) Revascularisation coronaire avec quatre anastomoses distales ou plus, avec prélèvement de deux greffons dont au moins un par voie endoscopique, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA13	673,17	3353,90
14) Revascularisation coronaire avec quatre anastomoses distales ou plus, avec prélèvement de trois greffons à ciel ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA14	637,04	3173,90
15) Revascularisation coronaire avec quatre anastomoses distales ou plus, avec prélèvement de trois greffons dont au moins un par voie endoscopique, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HPA15	715,18	3563,20
b) Actes sur le péricarde			
16) Péricardectomie subtotale, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HQA01	271,68	1353,60
17) Fenestration péricardique par thoracotomie ou par voie sous-xyphoïdienne	HQA02	117,19	583,90
18) Fenestration péricardique par thoracoscopie	HQC01	164,07	817,40
19) Ponction péricardique avec monitoring cardiovasculaire complet, sous contrôle échographique, par voie transcutanée (ponction), sous-xyphoïdale ou parasternale, réalisée dans le service national de chirurgie cardiaque	HQB01	58,60	292,00
c) Actes sur les oreillettes ou les ventricules			
20) Intervention chirurgicale sur une ou deux oreillette(s) nécessitant une atriotomie (hors ablation de foyer de fibrillation), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HLA01	340,29	1695,40
21) Intervention chirurgicale sur une ou deux oreillette(s) nécessitant une atriotomie (hors ablation de foyer de fibrillation), avec mise en place d'une CEC, par sternotomie partielle ou mini-thoracotomie	HLA02	376,10	1873,80
22) Ablation d'un foyer de fibrillation auriculaire, sans mise en place d'une CEC, par thoracoscopie ou thoracotomie	HNQ01	442,31	2203,70
23) Exclusion de l'auricule gauche, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie ou thoracoscopie	HNQ02	264,28	1316,70
24) Ablation dans l'oreillette gauche d'un foyer de fibrillation auriculaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HNA01	351,58	1751,70
25) Ablation biauriculaire d'un foyer de fibrillation auriculaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HNA02	363,30	1810,10
26) Consolidation de la paroi ventriculaire du cœur, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HLA03	288,05	1435,20
27) Réfection de la paroi ventriculaire du cœur, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HLA04	452,50	2254,50
28) Réfection de la paroi ventriculaire et septale du cœur, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HLA05	483,38	2408,30
29) Exérèse d'une tumeur ou corps étranger ou caillot du ventricule, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HLA06	436,81	2176,30
30) Résection d'un bourrelet musculaire infra-aortique pour cardiomyopathie obstructive, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HLA07	351,58	1751,70
d) Actes sur les valves cardiaques			
31) Commissurotomie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA01	336,22	1675,10
32) Annuloplastie ou valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA02	376,02	1873,40
33) Annuloplastie et valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA03	429,38	2139,30
34) Annuloplastie ou valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive	HMQ01	429,38	2139,30
35) Annuloplastie et valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive	HMQ02	458,94	2286,60
36) Réparation ou remplacement de la valve atrioventriculaire (tricuspide) droite, sans mise en place d'une CEC, par cathétérisme	HMF01	429,38	2139,30
37) Remplacement de la valve atrioventriculaire droite (tricuspide) par prothèse mécanique ou bioprothèse ou homogreffe, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA04	376,02	1873,40
38) Remplacement de la valve atrioventriculaire droite (tricuspide) par prothèse mécanique ou bioprothèse ou homogreffe, avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive	HMQ03	429,38	2139,30
39) Commissurotomie de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie avec CEC	HMA05	352,34	1755,50
40) Annuloplastie atrioventriculaire gauche (mitrale), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA06	391,51	1950,60
41) Annuloplastie atrioventriculaire gauche (mitrale), avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive	HMQ04	444,23	2213,30
42) Annuloplastie et valvuloplastie atrioventriculaire gauche (mitrale), avec ou sans plastie de l'oreillette gauche, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA07	429,38	2139,30
43) Annuloplastie et valvuloplastie atrioventriculaire gauche (mitrale), avec ou sans plastie de l'oreillette	HMQ05	515,70	2569,40

	Code	Coeff.	Tarif
gauche, avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive			
44) Reconstruction de l'anneau atrioventriculaire gauche (mitrale) avec valvuloplastie, avec ou sans plastie de l'oreillette gauche, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA08	510,21	2542,00
45) Reconstruction de l'anneau atrioventriculaire gauche (mitrale) avec valvuloplastie, avec ou sans plastie de l'oreillette gauche, avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive	HMQ06	555,87	2769,50
46) Réparation ou remplacement de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale), sans mise en place d'une CEC, par cathétérisme	HMF02	429,38	2139,30
47) Remplacement de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale) par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA09	418,21	2083,60
48) Remplacement de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale) par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive	HMQ07	471,57	2349,50
49) Remplacement de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale) par homogreffe, avec ou sans plastie de l'oreillette gauche, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA10	458,94	2286,60
50) Remplacement de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale) par prothèse en position non anatomique, avec renforcement ou reconstruction de l'anneau, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA11	473,51	2359,20
51) Commissurotomie ou valvectomie pulmonaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA12	352,34	1755,50
52) Remplacement de la valve pulmonaire par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA13	376,02	1873,40
53) Remplacement de la valve pulmonaire par homogreffe, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA14	458,94	2286,60
54) Commissurotomie de la valve aortique, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA15	281,27	1401,40
55) Valvuloplastie aortique, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA16	452,50	2254,50
56) Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA17	414,36	2064,50
57) Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC par mini-thoracotomie	HMA18	579,81	2888,80
58) Remplacement de la valve aortique par homogreffe ou prothèse en position non anatomique, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA19	458,94	2286,60
59) Reconstruction de l'anneau aortique avec remplacement de la valve par homogreffe, prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HMA20	528,64	2633,80
60) Reconstruction de la voie aortique par élargissement antérogauche de l'anneau et ouverture de l'infundibulum pulmonaire, avec remplacement de la valve, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie (intervention de Konno)	HMA21	523,03	2605,90
61) Reconstruction de la voie aortique par élargissement antérogauche de l'anneau et ouverture de l'infundibulum pulmonaire, avec remplacement de la valve, avec mise en place d'une CEC, par mini-thoracotomie (intervention de Konno)	HMA22	671,48	3345,50
62) Reconstruction de la voie aortique par élargissement antérodroit de l'anneau avec remplacement de la valve, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie (intervention de Manougian)	HMA23	505,79	2520,00
63) Reconstruction de la voie aortique par élargissement antérodroit de l'anneau avec remplacement de la valve, avec mise en place d'une CEC, par mini-thoracotomie (intervention de Manougian)	HMA24	655,45	3265,60
64) Reconstruction de la voie aortique par transfert de la valve pulmonaire en position aortique avec reconstruction de la voie pulmonaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie (intervention de Ross)	HMA25	719,04	3582,50
e) Actes de rythmologie			
65) Mise en place d'une sonde pour stimulation cardiaque épicaudique avec mesures du seuil de stimulation, par thoracotomie ou thoracoscopie	HNQ03	288,05	1435,20
66) Mise en place de deux sondes pour stimulation cardiaque épicaudique avec mesures du seuil de stimulation, par thoracotomie ou thoracoscopie	HNQ04	303,28	1511,00
67) Extraction de sondes de stimulation en place depuis dix mois au moins, par voie transveineuse ou à coeur ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, avec ou sans thoracotomie	HNQ05	340,29	1695,40
f) Actes sur les artères ou les veines			
68) Suture de plaie de l'aorte thoracique, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA01	319,79	1593,30
69) Suture de plaie de l'aorte thoracique, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA02	376,02	1873,40
70) Pose d'endoprothèse dans l'aorte ascendante, avec ou sans mise en place d'une CEC, par toutes voies d'abord	HSQ01	376,02	1873,40
71) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA03	429,38	2139,30
72) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par mini-thoracotomie	HSA04	487,97	2431,20
73) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie (intervention de Tyron David ou de Yacoub)	HSA05	585,68	2918,00
74) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par mini-thoracotomie (intervention de Tyron David ou de Yacoub)	HSA06	644,10	3209,10
75) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante avec remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA07	530,16	2641,40
76) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante avec remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par mini-thoracotomie	HSA08	590,18	2940,50
77) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante avec remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie (intervention de	HSA09	530,16	2641,40

	Code	Coeff.	Tarif
Bentall)			
78) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante avec remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par mini-thoracotomie (intervention de Bentall)	HSA10	639,33	3185,30
79) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale sans remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA11	654,53	3261,10
80) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale avec remplacement de la valve aortique, sans réimplantation des artères coronaires, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA12	708,08	3527,90
81) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale sans remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC (intervention de Tyron David ou de Yacoub)	HSA13	734,59	3659,90
82) Remplacement de l'aorte thoracique ascendante et de l'aorte horizontale avec remplacement de la valve aortique, avec réimplantation des artères coronaires, par thoracotomie avec CEC (intervention de Bentall)	HSA14	734,59	3659,90
83) Réparation de la racine aortique et/ou de l'aorte ascendante et de la crosse aortique, avec mise en place d'une endoprothèse de l'aorte thoracique descendante, avec réimplantation des TSA, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA15	774,08	3856,70
84) Pontages multiples entre l'aorte et les troncs supraaortiques, sans mise en place d'une CEC par thoracotomie	HSA16	429,38	2139,30
85) Pontages multiples entre l'aorte et les troncs supraaortiques, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA17	487,97	2431,20
86) Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA18	390,15	1943,80
87) Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA19	445,13	2217,80
88) Pose de prothèse ou suture de l'aorte descendante, avec ou sans mise en place d'une CEC, par abord thoracique	HSA20	646,88	3223,00
89) Pose d'une endoprothèse couverte de l'aorte descendante, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie et/ou abord périphérique	HSQ02	429,38	2139,30
90) Interposition d'une prothèse dans l'aorte thoraco-abdominale, avec réimplantation ou revascularisation par toute technique des troncs viscéraux, avec mise en place d'une CEC, par toutes voies d'abord	HSQ03	787,18	3922,00
91) Suture de plaie des artères pulmonaires, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA21	376,02	1873,40
92) Embolectomie de l'artère pulmonaire, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA22	376,02	1873,40
93) Embolectomie de l'artère pulmonaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA23	417,86	2081,90
94) Thrombo-endartériectomie du tronc et/ou des branches de l'artère pulmonaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HSA24	563,88	2809,40
95) Suture de la plaie des veines caves, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HTA01	325,65	1622,50
96) Pontage de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HTA02	390,15	1943,80
97) Désobstruction et plastie de la veine cave supérieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HTA03	390,15	1943,80
98) Remplacement de la veine cave supérieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HTA04	417,86	2081,90
99) Pontage de la veine cave inférieure, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HTA05	390,15	1943,80
100) Désobstruction et plastie de la veine cave inférieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HTA06	478,70	2385,00
101) Remplacement de la veine cave inférieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HTA07	478,70	2385,00
g) Assistanes circulatoires			
102) Pose d'une circulation extracorporelle en urgence de type ECMO pour assistance circulatoire, par abord vasculaire périphérique percutané	HVF01	164,07	817,40
103) Pose d'une CEC pour assistance circulatoire peropératoire, par thoracotomie	HVA01	152,35	759,10
104) Pose d'une circulation extracorporelle de type ECMO pour assistance circulatoire de longue durée par abord chirurgical	HVA02	164,07	817,40
105) Ablation d'une CEC pour assistance circulatoire de plus de 24h, par thoracotomie	HVA03	102,71	511,70
106) Ablation d'une assistance temporaire avec rétablissement chirurgical de la continuité artérielle, par abord artériel périphérique	HVF02	240,34	1197,40
107) Révision chirurgicale d'une assistance cardio circulatoire par toutes techniques et par toutes voies d'abord	HVQ01	272,51	1357,70
108) Présence du chirurgien cardiaque lors d'une intervention réalisée par un chirurgien d'une autre spécialité, avec mise en attente d'une CEC, comme prestation isolée	HVQ02	147,59	735,30
109) Mise en place d'une assistance cardio circulatoire monoventriculaire prolongée (LVAD), avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HVA04	539,10	2686,00
110) Mise en place d'une assistance cardio circulatoire biventriculaire prolongée (BVAD), avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HVA05	635,11	3164,30
111) Contrôle technique (alarme, dysfonctionnement, état et consommation de la batterie, nombre de rotations, débit (l/min) d'une assistance cardio circulatoire monoventriculaire prolongée (LVAD) y compris l'enregistrement et l'envoi des données au fabricant	HVQ04	76,61	381,70
h) Autres actes de chirurgie cardiaque			
112) Réintervention suite à une chirurgie cardiaque pour saignement, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HZA01	272,51	1357,70
113) Réintervention suite à une chirurgie cardiaque pour saignement ou dysfonction cardiaque, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie	HZA02	333,00	1659,10
114) Suture de plaie(s) du coeur sans mise en place de CEC par thoracotomie	HLA08	268,08	1335,70
115) Suture de plaie(s) du coeur avec mise en place d'une CEC par thoracotomie	HLA09	319,79	1593,30
116) Suture de plaie(s) du coeur, par thoracotomie, avec mise en place d'une CEC périphérique	HLA10	399,17	1988,80

	Code	Coeff.	Tarif
i) Actes complémentaires aux actes de chirurgie cardiaque			
117) Ablation dans l'oreillette gauche d'un foyer de fibrillation auriculaire lors d'un autre geste de chirurgie cardiaque - Acte complémentaire - CAT	HNQ06	102,71	511,70
118) Ablation biauriculaire d'un foyer de fibrillation auriculaire lors d'un autre geste de chirurgie cardiaque - Acte complémentaire - CAT	HNQ07	148,86	741,70
119) Exclusion de l'auricule gauche, lors d'un autre geste de chirurgie cardiaque - Acte complémentaire - CAT	HNQ08	102,71	511,70
120) Réintervention à distance à plus d'un mois après une intervention avec ouverture du péricarde - Acte complémentaire - CAT	HLQ01	169,08	842,40
121) Reprise ou prolongation d'une assistance par CEC en fin d'intervention pendant plus de 30 minutes - Acte complémentaire - CAT	HVQ05	102,71	511,70
j) Actes de chirurgie de pacemaker			
122) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde)	2C21	39,50	196,80
123) Changement du boîtier du stimulateur cardiaque	2C22	39,50	196,80
REMARQUES:			
1) Les actes de la sous-section 6 doivent être exclusivement prestés au sein du service national de cardiologie interventionnelle et chirurgie cardiaque, à l'exclusion des actes HQA02, HQC01, HSA01, HSA21, HTA01, HLA08, 2C21, 2C22 qui peuvent être prestés dans un autre établissement hospitalier.			
2) Les positions 2C21 et 2C22 sont réservées aux médecins spécialistes en chirurgie.			
Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen			
<i>Sous-section 1 - Hernies et éventrations de la paroi abdominale</i>			
1) Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracoscopie ou par coelioscopie	LLC01	288,49	1437,30
2) Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracoscopie ou par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR01	288,49	1437,30
3) Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracotomie ou par laparotomie	LLA01	254,01	1265,60
4) Cure d'une hernie acquise de la coupole droite du diaphragme, par laparotomie	LLA02	254,01	1265,60
5) Cure de hernie ombilicale, sans pose de prothèse, par laparotomie	LLA03	93,06	463,70
6) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie	LLC04	144,77	721,30
7) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR04	144,77	721,30
8) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par laparotomie	LLA04	110,30	549,50
9) Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie	LLC05	127,54	635,40
10) Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR05	127,54	635,40
11) Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par laparotomie	LLA05	93,06	463,70
12) Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	LLA10	93,06	463,70
13) Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne sans pose de prothèse, par coelioscopie	LLC10	110,70	551,50
14) Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne sans pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR10	110,70	551,50
15) Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par coelioscopie	LLC11	127,54	635,40
16) Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR11	127,54	635,40
17) Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	LLA11	93,06	463,70
18) Cure bilatérale d'une hernie de l'aîne sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	LLA12	185,90	926,20
19) Cure bilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par coelioscopie	LLC13	220,38	1098,00
20) Cure bilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR13	220,38	1098,00
21) Cure bilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale)	LLA13	185,90	926,20
22) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, sans pose de prothèse, incluant les hernies péristomales, par laparotomie	LLA06	126,97	632,60
23) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par coelioscopie	LLC07	161,45	804,40
24) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR07	161,45	804,40
25) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par laparotomie	LLA07	126,97	632,60
26) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse et séparation des translations médianes des muscles grands droits de l'abdomen selon la « components separation technique », par laparotomie	LLA08	163,91	816,60
27) Ablation de prothèse ou d'implant de la paroi abdominale, par toute voie d'abord	LLQ01	126,97	632,60
<i>Sous-section 2 - Chirurgie du système digestif haut</i>			
1) Oesophagoplastie pour achalasie, par coelioscopie	LNC01	288,49	1437,30
2) Oesophagoplastie pour achalasie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LNRO1	288,49	1437,30
3) Oesophagoplastie pour achalasie, par laparotomie	LNA01	254,01	1265,60
<i>Sous-section 3 - Chirurgie de l'estomac et du duodénum</i>			
1) Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien,	LLC09	288,49	1437,30

	Code	Coeff.	Tarif
par coelioscopie			
2) Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par coelioscopie, avec assistance robotique	LLR09	288,49	1437,30
3) Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par laparotomie	LLA09	254,01	1265,60
4) Cure d'une fistule de l'estomac, par coelioscopie	LPC01	121,38	604,80
5) Cure d'une fistule de l'estomac, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR01	121,38	604,80
6) Cure d'une fistule de l'estomac, par laparotomie	LPA01	84,44	420,70
7) Gastrostomie, par coelioscopie	LPC12	115,10	573,50
8) Gastrostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR12	115,10	573,50
9) Gastrostomie, par laparotomie	LPA12	80,62	401,70
10) Gastro-entérostomie, par coelioscopie	LPC11	207,32	1032,90
11) Gastro-entérostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR11	207,32	1032,90
12) Gastro-entérostomie, par laparotomie	LPA11	172,85	861,20
13) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie	LPC10	253,87	1264,90
14) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR10	253,87	1264,90
15) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par laparotomie	LPA10	219,39	1093,10
16) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par coelioscopie	LPC14	152,83	761,40
17) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR14	152,83	761,40
18) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par laparotomie	LPA14	118,35	589,70
19) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie	LPC13	152,83	761,40
20) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR13	152,83	761,40
21) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par laparotomie	LPA13	118,35	589,70
22) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par coelioscopie	LPC15	207,32	1032,90
23) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR15	207,32	1032,90
24) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par laparotomie	LPA15	172,85	861,20
25) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par coelioscopie	LPC05	241,80	1204,70
26) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR05	241,80	1204,70
27) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par laparotomie	LPA05	172,85	861,20
28) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie	LPC06	401,87	2002,20
29) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR06	401,87	2002,20
30) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie	LPA06	332,91	1658,70
31) Dégastré-entérostomie avec gastrectomie, par coelioscopie	LPC02	280,59	1398,00
32) Dégastré-entérostomie avec gastrectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR02	280,59	1398,00
33) Dégastré-entérostomie avec gastrectomie, par laparotomie	LPA02	211,63	1054,40
34) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LPC09	246,11	1226,20
35) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR09	246,11	1226,20
36) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LPA09	211,63	1054,40
37) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie	LPC07	440,65	2195,50
38) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR07	440,65	2195,50
39) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie	LPC08	440,65	2195,50
40) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR08	440,65	2195,50
41) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie	LPA07	371,70	1851,90
42) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie	LPA08	371,70	1851,90
43) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par coelioscopie	LPC16	147,75	736,10
44) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LPR16	147,75	736,10
45) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par laparotomie	LPA16	110,82	552,10
46) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM	LPC04	288,49	1437,30
47) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance robotique - APCM	LPR04	288,49	1437,30
48) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par laparotomie - APCM	LPA04	254,01	1265,60
49) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM	LPC03	288,49	1437,30
50) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance robotique - APCM	LPR03	288,49	1437,30
51) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie - APCM	LPA03	254,01	1265,60
<i>Sous-section 4 - Chirurgie de l'intestin grêle</i>			
1) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aiguë, par coelioscopie	LQC03	178,34	888,50

	Code	Coeff.	Tarif
2) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aiguë, par coelioscopie, avec assistance robotique	LQR03	178,34	888,50
3) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aiguë, par laparotomie	LQA03	143,86	716,80
4) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride avec résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion aiguë, par coelioscopie	LQC02	212,82	1060,30
5) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride avec résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion aiguë, par coelioscopie, avec assistance robotique	LQR02	212,82	1060,30
6) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride avec résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion aiguë, par laparotomie	LQA02	178,34	888,50
7) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	LQC06	178,34	888,50
8) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie, avec assistance robotique	LQR06	178,34	888,50
9) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie	LQA06	143,86	716,80
10) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	LQC07	153,71	765,80
11) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie, avec assistance robotique	LQR07	153,71	765,80
12) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, en dehors de l'occlusion par laparotomie	LQA07	119,24	594,10
13) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	LQA08	369,39	1840,40
14) Résection segmentaire double de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	LQA09	394,01	1963,10
15) Résection segmentaire triple de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	LQA10	418,64	2085,80
16) Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle et/ou du côlon avec chimio-hyperthermie intra-péritonéale (CHIP) et chirurgie de réduction tumorale (debulking), avec curage ganglionnaire, par laparotomie	LQA11	492,51	2453,80
17) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par coelioscopie	LQC01	121,38	604,80
18) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par coelioscopie, avec assistance robotique	LQR01	121,38	604,80
19) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par laparotomie	LQA01	84,44	420,70

Sous-section 5 - Chirurgie du côlon et de l'appendice vermiforme

1) Colostomie ou iléostomie, par coelioscopie	LZC01	127,54	635,40
2) Colostomie ou iléostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LZR01	127,54	635,40
3) Colostomie ou iléostomie, par laparotomie	LZA01	93,06	463,70
4) Fermeture de colostomie ou d'iléostomie, par voie péristomiale	LRD01	84,44	420,70
5) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC01	225,00	1121,00
6) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR01	225,00	1121,00
7) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	LRC02	200,38	998,40
8) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR02	200,38	998,40
9) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA01	190,53	949,30
10) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	LRA02	165,90	826,60
11) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC03	284,97	1419,80
12) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR03	284,97	1419,80
13) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC04	260,34	1297,10
14) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR04	260,34	1297,10
15) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA03	250,49	1248,00
16) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA04	225,87	1125,40
17) Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC05	274,26	1366,40
18) Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR05	274,26	1366,40
19) Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	LRC06	249,63	1243,70
20) Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR06	249,63	1243,70
21) Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA05	239,78	1194,70
22) Hémi-colectomie élargie droite, avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	LRA06	215,15	1071,90
23) Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC07	385,07	1918,50
24) Hémi-colectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec	LRR07	385,07	1918,50

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique			
25) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC08	360,45	1795,90
26) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR08	360,45	1795,90
27) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA07	350,60	1746,80
28) Hémicolectomie élargie droite avec résection du côlon transverse, y compris l'artère colique médiane, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA08	325,97	1624,10
29) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC09	225,00	1121,00
30) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR09	225,00	1121,00
31) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	LRC10	200,38	998,40
32) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR10	200,38	998,40
33) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA09	190,53	949,30
34) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	LRA10	165,90	826,60
35) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC11	284,97	1419,80
36) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR11	284,97	1419,80
37) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC12	260,34	1297,10
38) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR12	260,34	1297,10
39) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA11	250,49	1248,00
40) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA12	225,87	1125,40
41) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC13	328,43	1636,30
42) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR13	328,43	1636,30
43) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	LRC14	303,81	1513,70
44) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR14	303,81	1513,70
45) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA13	259,48	1292,80
46) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	LRA14	234,86	1170,10
47) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC15	419,55	2090,30
48) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR15	419,55	2090,30
49) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC16	394,92	1967,60
50) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR16	394,92	1967,60
51) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA15	350,60	1746,80
52) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA16	325,97	1624,10
53) Hémicolectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC17	225,00	1121,00
54) Hémicolectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR17	225,00	1121,00
55) Hémicolectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA17	190,53	949,30
56) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC18	328,43	1636,30
57) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR18	328,43	1636,30
58) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA18	259,48	1292,80
59) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC19	419,55	2090,30
60) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR19	419,55	2090,30
61) Hémicolectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec	LRA19	350,60	1746,80

	Code	Coeff.	Tarif
rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie			
62) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC20	328,43	1636,30
63) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR20	328,43	1636,30
64) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA20	259,48	1292,80
65) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC21	488,50	2433,90
66) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR21	488,50	2433,90
67) Colectomie subtotale comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA21	419,55	2090,30
68) Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	LRC22	268,81	1339,30
69) Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR22	268,81	1339,30
70) Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	LRA22	234,34	1167,60
71) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC23	354,73	1767,40
72) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR23	354,73	1767,40
73) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA23	285,78	1423,80
74) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie	LRC24	320,26	1595,60
75) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR24	320,26	1595,60
76) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie	LRA24	285,78	1423,80
77) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC25	514,80	2564,90
78) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR25	514,80	2564,90
79) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC26	490,17	2442,20
80) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR26	490,17	2442,20
81) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA25	445,85	2221,40
82) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA26	421,22	2098,60
83) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC27	225,00	1121,00
84) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR27	225,00	1121,00
85) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA27	190,53	949,30
86) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie	LRC28	293,96	1464,60
87) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR28	293,96	1464,60
88) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	LRA28	259,48	1292,80
89) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie	LRC29	385,07	1918,50
90) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR29	385,07	1918,50
91) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie	LRA29	350,60	1746,80
92) Résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie	LQC05	107,79	537,00
93) Résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie, avec assistance robotique	LQR05	107,79	537,00
94) Résection du diverticule de Meckel, par laparotomie	LQA05	73,31	365,30
95) Résection du caecum sans résection du grêle, par coelioscopie	LQC04	107,79	537,00
96) Résection du caecum sans résection du grêle, par coelioscopie, avec assistance robotique	LQR04	107,79	537,00
97) Résection du caecum sans résection du grêle, par laparotomie	LQA04	73,31	365,30
98) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie	LRC30	137,34	684,30
99) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR30	137,34	684,30
100) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par laparotomie	LRA30	102,86	512,50
101) Appendicectomie par coelioscopie	LRC31	107,79	537,00
102) Appendicectomie par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR31	107,79	537,00
103) Appendicectomie par laparotomie	LRA31	73,31	365,30
104) Coloproctectomie totale, avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par coelioscopie	LRC32	660,68	3291,70
105) Coloproctectomie totale, avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par coelioscopie, avec assistance robotique	LRR32	660,68	3291,70
106) Coloproctectomie totale, avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par laparotomie	LRA32	591,73	2948,20
107) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par coelioscopie	LRC33	591,73	2948,20
108) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par coelioscopie,	LRR33	591,73	2948,20

avec assistance robotique
109) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par laparotomie

	Code	Coeff.	Tarif
	LRA33	522,78	2604,60
REMARQUE:			
1) Les codes LQC04, LQR04 et LQA04 (positions 95, 96 et 97) sont non cumulables avec une appendicectomie (codes LRC30, LRR30, LRA30, LRC31, LRR31, LRA31).			
<i>Sous-section 6 - Chirurgie des voies biliaires</i>			
1) Cholécystectomie, par coelioscopie	LSC01	152,83	761,40
2) Cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR01	152,83	761,40
3) Cholécystectomie, par laparotomie	LSA01	118,35	589,70
4) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie	LSC02	177,45	884,10
5) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR02	177,45	884,10
6) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par laparotomie	LSA02	142,98	712,40
7) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie	LSC03	220,89	1100,50
8) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR03	220,89	1100,50
9) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	LSA03	186,42	928,80
10) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par coelioscopie	LSC04	288,49	1437,30
11) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR04	288,49	1437,30
12) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par laparotomie	LSA04	254,01	1265,60
13) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie	LSC05	218,95	1090,90
14) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR05	218,95	1090,90
15) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie	LSA05	184,47	919,10
16) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie	LSC06	292,82	1458,90
17) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR06	292,82	1458,90
18) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie	LSA06	223,87	1115,40
19) Anastomose bilio-digestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, avec cholécystectomie et avec résection éventuelle de la voie biliaire, par coelioscopie	LSC07	292,82	1458,90
20) Anastomose bilio-digestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, avec cholécystectomie et avec résection éventuelle de la voie biliaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR07	292,82	1458,90
21) Anastomose bilio-digestive portant sur la convergence des conduits hépatiques, avec cholécystectomie et avec résection éventuelle de la voie biliaire, par laparotomie	LSA07	258,35	1287,20
22) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par coelioscopie	LSC08	292,82	1458,90
23) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR08	292,82	1458,90
24) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par laparotomie	LSA08	258,35	1287,20
25) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par coelioscopie	LSC09	292,82	1458,90
26) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR09	292,82	1458,90
27) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par laparotomie	LSA09	258,35	1287,20
28) Reprise chirurgicale de la voie biliaire, par toute voie d'abord	LSQ01	246,26	1226,90
REMARQUE:			
1) Les codes LSC01 à LSA02 (positions 1 à 6) ne sont ni cumulables entre eux, ni avec une autre position de la présente sous-section.			
<i>Sous-section 7 - Chirurgie du foie</i>			
1) Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par coelioscopie	LSC10	152,83	761,40
2) Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR10	152,83	761,40
3) Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par laparotomie	LSA10	118,35	589,70
4) Kystectomie ou périkystectomie hépatique, par coelioscopie	LSC11	152,83	761,40
5) Kystectomie ou périkystectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR11	152,83	761,40
6) Kystectomie ou périkystectomie hépatique, par laparotomie	LSA11	118,35	589,70
7) Résection atypique du foie, par coelioscopie	LSC12	288,49	1437,30
8) Résection atypique du foie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR12	288,49	1437,30
9) Résection atypique du foie, par laparotomie	LSA12	172,75	860,70
10) Résections atypiques multiples du foie, par coelioscopie	LSC13	319,25	1590,60
11) Résections atypiques multiples du foie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR13	319,25	1590,60
12) Résections atypiques multiples du foie, par laparotomie	LSA13	284,77	1418,80

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
13) Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie	LTC01	288,49	1437,30
14) Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR01	288,49	1437,30
15) Unisegmentectomie hépatique, par laparotomie	LTA01	217,08	1081,60
16) Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie	LSC14	357,44	1780,90
17) Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR14	357,44	1780,90
18) Bisegmentectomie hépatique, par laparotomie	LSA14	254,01	1265,60
19) Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie	LTC02	357,44	1780,90
20) Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR02	357,44	1780,90
21) Trisegmentectomie hépatique, par laparotomie	LTA02	254,01	1265,60
22) Hépatectomie gauche, par coelioscopie	LSC15	359,90	1793,10
23) Hépatectomie gauche, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR15	359,90	1793,10
24) Hépatectomie gauche, par laparotomie	LSA15	254,01	1265,60
25) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par coelioscopie	LSC16	400,51	1995,50
26) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR16	400,51	1995,50
27) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par laparotomie	LSA16	366,04	1823,70
28) Hépatectomie droite, par coelioscopie	LSC17	400,51	1995,50
29) Hépatectomie droite, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR17	400,51	1995,50
30) Hépatectomie droite, par laparotomie	LSA17	366,04	1823,70
31) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par coelioscopie	LSC18	434,99	2167,30
32) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR18	434,99	2167,30
33) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par laparotomie	LSA18	366,04	1823,70
34) Hépatectomie centrale, par coelioscopie	LSC19	421,47	2099,90
35) Hépatectomie centrale, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR19	421,47	2099,90
36) Hépatectomie centrale, par laparotomie	LSA19	352,52	1756,40
37) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par coelioscopie	LSC20	434,99	2167,30
38) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR20	434,99	2167,30
39) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par laparotomie	LSA20	366,04	1823,70
40) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par coelioscopie	LSC21	174,84	871,10
41) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR21	174,84	871,10
42) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par laparotomie	LSA21	140,37	699,40
43) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par coelioscopie	LSC22	197,01	981,60
44) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR22	197,01	981,60
45) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par laparotomie	LSA22	160,07	797,50
46) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par coelioscopie	LSC23	164,99	822,00
47) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LSR23	164,99	822,00
48) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par laparotomie	LSA23	128,05	638,00
49) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, sous contrôle radiologique, par voie vasculaire	LSH01	98,50	490,80
50) Biopsie hépatique, en dehors de la biopsie per-opératoire, par laparotomie ou coelioscopie	LGQ01	51,71	257,60
51) Biopsie hépatique, en dehors de la biopsie per-opératoire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LGR01	51,71	257,60

REMARQUE:

- 1) Les codes LGQ01 et LGR01 (positions 50 et 51) sont non cumulables avec un autre acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6).

Sous-section 8 - Chirurgie du pancréas

1) Anastomose pancréatico-jéjunale, par coelioscopie	LTC03	223,87	1115,40
2) Anastomose pancréatico-jéjunale, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR03	223,87	1115,40
3) Anastomose pancréatico-jéjunale, par laparotomie	LTA03	189,40	943,60
4) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie	LTC04	292,82	1458,90
5) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR04	292,82	1458,90
6) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	LTA04	258,35	1287,20
7) Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par coelioscopie	LTC05	292,82	1458,90
8) Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR05	292,82	1458,90
9) Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par laparotomie	LTA05	258,35	1287,20
10) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie	LTC06	421,30	2099,00
11) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR06	421,30	2099,00
12) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie	LTA06	386,82	1927,30
13) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par coelioscopie	LTC07	406,32	2024,40
14) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de	LTR07	406,32	2024,40

	Code	Coeff.	Tarif
Frey), par coelioscopie, avec assistance robotique			
15) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par laparotomie	LTA07	369,39	1840,40
16) Nécrosectomie pancréatique, par coelioscopie	LTC08	191,19	952,60
17) Nécrosectomie pancréatique, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR08	191,19	952,60
18) Nécrosectomie pancréatique, par laparotomie	LTA08	156,72	780,80
19) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par coelioscopie	LTC09	220,89	1100,50
20) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR09	220,89	1100,50
21) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par laparotomie	LTA09	186,42	928,80
22) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie	LTC10	329,25	1640,40
23) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR10	329,25	1640,40
24) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie	LTA10	260,29	1296,80
25) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par coelioscopie	LTC11	284,92	1419,60
26) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR11	284,92	1419,60
27) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par laparotomie	LTA11	250,44	1247,80
28) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	LTC12	444,93	2216,80
29) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR12	444,93	2216,80
30) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par laparotomie	LTA12	410,45	2045,00
31) Isthmectomie pancréatique, par toute voie d'abord	LTQ01	186,42	928,80
32) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par coelioscopie	LTC13	400,51	1995,50
33) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR13	400,51	1995,50
34) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	LTC14	560,52	2792,70
35) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR14	560,52	2792,70
36) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par laparotomie	LTA13	366,04	1823,70
37) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	LTA14	526,05	2620,90
38) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par coelioscopie	LTC15	400,51	1995,50
39) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR15	400,51	1995,50
40) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par laparotomie	LTA15	366,04	1823,70
41) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	LTC16	560,52	2792,70
42) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR16	560,52	2792,70
43) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	LTA16	526,05	2620,90
44) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par coelioscopie	LTC17	400,51	1995,50
45) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR17	400,51	1995,50
46) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par laparotomie	LTA17	366,04	1823,70
47) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	LTC18	595,00	2964,50
48) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR18	595,00	2964,50
49) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie	LTA18	446,04	2222,30
50) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par coelioscopie	LTC19	400,51	1995,50
51) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR19	400,51	1995,50
52) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par laparotomie	LTA19	366,04	1823,70
53) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie	LTC20	560,52	2792,70
54) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie, avec assistance robotique	LTR20	560,52	2792,70
55) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par laparotomie	LTA20	526,05	2620,90

Sous-section 9 - Chirurgie des glandes surrénales

- 1) Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie
- 2) Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie, avec assistance robotique
- 3) Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par laparotomie

REMARQUE:

- 1) Les codes LVC01, LVR01 et LVA01 (positions 1 à 3) sont non cumulables avec un autre acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6).

Sous-section 10 - Chirurgie de la rate

- 1) Splénectomie totale, par coelioscopie
- 2) Splénectomie totale, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 3) Splénectomie totale, par laparotomie
- 4) Splénectomie partielle, par coelioscopie
- 5) Splénectomie partielle, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 6) Splénectomie partielle, par laparotomie

Sous-section 11 - Chirurgie du rectum

- 1) Résection antérieure du rectum avec résection du mésorectum avec anastomose latérotérmale ou terminotérmale, avec ou sans pose de stomie de protection, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
- 2) Résection antérieure du rectum avec résection du mésorectum avec anastomose latérotérmale ou terminotérmale, avec ou sans pose de stomie de protection, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 3) Résection antérieure du rectum avec résection du mésorectum avec anastomose latérotérmale ou terminotérmale, avec ou sans pose de stomie de protection, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
- 4) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et dissection intersphinctérienne et anastomose colo-anale manuelle, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie
- 5) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et dissection intersphinctérienne et anastomose colo-anale manuelle, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par laparotomie
- 6) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et dissection intersphinctérienne et anastomose colo-anale manuelle, avec curage ganglionnaire d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 7) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale manuelle, par coelioscopie
- 8) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale manuelle, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 9) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale manuelle, par laparotomie
- 10) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale (TaTME), par coelioscopie
- 11) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale (TaTME), par coelioscopie, avec assistance robotique
- 12) Résection antérieure du rectum avec résection totale du mésorectum et anastomose transanale (TaTME), par laparotomie
- 13) Résection antérieure du rectum avec résection subtotal de mésorectum avec anastomose terminale, par coelioscopie
- 14) Résection antérieure du rectum avec résection subtotal de mésorectum avec anastomose terminale, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 15) Résection antérieure du rectum avec résection subtotal de mésorectum avec anastomose terminale, par laparotomie
- 16) Suture de plaie du rectum, par coelioscopie
- 17) Suture de plaie du rectum, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 18) Suture de plaie du rectum, par laparotomie
- 19) Suture de plaie du rectum, par voie directe (endo-anale)
- 20) Reconstruction du rectum par réservoir (pouch) colo-anal
- 21) Résection locale et transanale d'une tumeur du rectum, non réséquable, par coloscopie
- 22) Amputation abdomino-périnéale sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie définitive, par coelioscopie
- 23) Amputation abdomino-périnéale sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie définitive, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 24) Amputation abdomino-périnéale sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie définitive, par laparotomie

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
	LVC01	247,37	1232,50
	LVR01	247,37	1232,50
	LVA01	178,41	888,90
	LUC02	187,38	933,60
	LUR02	187,38	933,60
	LUA02	152,90	761,80
	LUC01	162,75	810,90
	LUR01	162,75	810,90
	LUA01	128,28	639,10
	LWC05	534,97	2665,40
	LWR05	534,97	2665,40
	LWA05	466,02	2321,90
	LWC06	569,44	2837,10
	LWA06	500,49	2493,60
	LWR06	569,44	2837,10
	LWC07	569,44	2837,10
	LWR07	569,44	2837,10
	LWA07	500,49	2493,60
	LWC08	569,44	2837,10
	LWR08	569,44	2837,10
	LWA08	500,49	2493,60
	LWC09	395,90	1972,50
	LWR09	395,90	1972,50
	LWA09	326,95	1629,00
	LWC10	146,89	731,90
	LWR10	146,89	731,90
	LWA10	112,42	560,10
	LWD01	146,89	731,90
	LWD02	73,88	368,10
	LWE01	144,43	719,60
	LMC01	581,49	2897,20
	LMR01	581,49	2897,20
	LMA01	443,58	2210,00

Sous-section 12 - Prolapsus rectal et rectocèles

- 1) Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par coelioscopie
- 2) Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 3) Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par laparotomie
- 4) Cure de prolapsus rectal, d'invagination ou de rectocèle, avec ou sans prothèse, par voie directe (anale)
- 5) Cure de prolapsus rectal avec résection sigmoïde, par coelioscopie
- 6) Cure de prolapsus rectal avec résection sigmoïde, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 7) Cure de prolapsus rectal avec résection sigmoïde, par laparotomie
- 8) Cure de prolapsus rectal avec résection colorectale, par voie directe (anale)
- 9) Cure de rectocèle, par voie vaginale

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
LWC13	155,29	773,70
LWR13	155,29	773,70
LWA11	118,35	589,70
LWD03	109,95	547,80
LWC12	250,54	1248,30
LWR12	250,54	1248,30
LWA12	213,60	1064,20
LWD04	205,21	1022,40
LWD05	109,95	547,80

Sous-section 13 - Chirurgie de l'anus

- 1) Fissurectomie, avec ou sans sphinctéromyotomie latérale interne, par voie directe
- 2) Fissurectomie, avec lambeau d'avancement muqueux, par voie directe
- 3) Injection de botox, par voie trans-sphinctérienne
- 4) Incision et drainage d'un abcès péri-anal, par voie directe
- 5) Incision et drainage d'un abcès ano-rectal haut, par voie directe
- 6) Traitement d'une fistule anale supra-sphinctérienne, trans-sphinctérienne ou inter-sphinctérienne avec Séton, par voie directe
- 7) Cure de fistule anale supra-sphinctérienne, par voie directe
- 8) Cure de fistule anale trans et inter-sphinctérienne, par voie directe
- 9) Cure de fistule anale sous-muqueuse, par voie directe
- 10) Hémostectomie isolée, par toute technique chirurgicale
- 11) Cure de plusieurs hémorroïdes, par toute technique chirurgicale
- 12) Exérèse de thrombose hémorroïdaire externe, par voie directe
- 13) Exérèse de sinus pilonidal avec ou sans fermeture primaire (avec prélèvement anatomopathologique), par voie directe
- 14) Marsupialisation de sinus pilonidal, par voie directe
- 15) Incision d'abcès sur sinus pilonidal, par voie directe
- 16) Exérèse de Verneuil de moins de 30 cm², par voie directe
- 17) Exérèse de Verneuil de plus de 30 cm², par voie directe
- 18) Débridement périnéofessier large pour gangrène de Fournier, par voie directe
- 19) Coagulation de condylomes anaux, par voie directe
- 20) Exérèse de condylomes, par voie directe
- 21) Excision de tumeurs de la marge et du canal anal ou exérèse isolée de marisque ou papille anale, par voie directe
- 22) Reprise pour hémostase après intervention proctologique, par voie directe
- 23) Cure par lambeau cutané ou muqueux d'une sténose anale, par voie directe
- 24) Intervention pour imperforation anale vraie, par voie basse
- 25) Intervention pour imperforation anale, par voie haute ou combinée
- 26) Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire, par voie directe
- 27) Cure d'incontinence anale par agent de gonflement (bulking agent) trans-sphinctérien
- 28) Cure d'incontinence anale par implants trans-sphinctériens
- 29) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance
- 30) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes et par séance

LWA13	42,26	210,60
LWA14	91,51	455,90
LPB01	24,63	122,70
LWA15	79,20	394,60
LWA16	75,08	374,10
LWA17	75,08	374,10
LWA18	124,34	619,50
LWA19	136,65	680,80
LWA20	42,26	210,60
LWQ02	42,26	210,60
LWQ01	100,33	499,90
LWD06	42,26	210,60
LWA21	61,56	306,70
LWA22	36,20	180,40
LWA23	8,50	42,30
LLA14	64,03	319,00
LLA15	98,50	490,80
LWA24	103,43	515,30
LWD07	42,26	210,60
LWD08	42,26	210,60
LWD09	42,26	210,60
LWA25	42,26	210,60
LWD10	103,82	517,30
LWD11	99,24	494,40
LWP01	185,95	926,50
LWA26	109,95	547,80
LWD12	29,55	147,20
LWD13	136,94	682,30
LWD14	15,85	79,00
LWD15	10,14	50,50

REMARQUES:

- 1) Les codes LWA13 et LWA14 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables avec un acte sur l'anus (LWA13 à LWD15).
- 2) Les codes LWA13 à LWD15 (positions 1 à 30) ne sont pas cumulables avec le code LWD16 (Anuscopie - CAC) qui est inclus dans le tarif de l'acte.

Sous-section 14 - Divers

- 1) Pose, ablation, ou changement de « vacuum assisted closure » (VAC) périnéal
- 2) Pose, ablation, ou changement de « vacuum assisted closure » (VAC) intrapéritonéal
- 3) Recoupe ou réfection de stomie avec ou sans transposition, par voie directe
- 4) Cure d'une collection (abcès ...), par coelioscopie
- 5) Cure d'une collection (abcès ...), par coelioscopie, avec assistance robotique
- 6) Cure d'une collection (abcès ...), par laparotomie
- 7) Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose, en urgence, par coelioscopie
- 8) Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose, en urgence, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 9) Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose, en urgence, par laparotomie
- 10) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales inférieures ou égales à 10 cm de diamètre, sans

LMB02	75,08	374,10
LMB01	143,86	716,80
LRA34	93,06	463,70
LMC03	96,41	480,30
LMR03	96,41	480,30
LMA03	61,93	308,60
LZC02	178,34	888,50
LZR02	178,34	888,50
LZA02	143,86	716,80
LMC04	194,54	969,30

	Code	Coeff.	Tarif
rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie			
11) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales inférieures ou égales à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie, avec assistance robotique	LMR04	194,54	969,30
12) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales inférieures ou égales à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par laparotomie	LMA04	160,07	797,50
13) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales supérieures à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie	LMC05	280,73	1398,70
14) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales supérieures à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par coelioscopie, avec assistance robotique	LMR05	280,73	1398,70
15) Exérèse de tumeurs solides intra et extrapéritonéales supérieures à 10 cm de diamètre, sans rattachement à un organe codé dans la nomenclature, par laparotomie	LMA05	246,26	1226,90
16) Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire	LLA16	93,06	463,70
17) Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, méésentère commun)	LYA01	172,85	861,20
REMARQUE:			
1) Les codes LMC03 à LMA05 (positions 4 à 15) sont non cumulables avec un autre acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6).			
<i>Sous-section 15 - Actes complémentaires</i>			
1) Acte complémentaire : Radiographie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques	LCF01	24,75	123,30
2) Acte complémentaire : Endoscopie / radioscopie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques	LDH01	24,75	123,30
REMARQUE:			
1) Les codes LCF01 et LDH01 (positions 1 et 2 de la sous-section 15) sont non facturables en première position, facturables uniquement en complément d'un acte de chirurgie digestive (acte dans la section 6) sauf LGQ01, LGR01 (positions 50 et 51 de la sous-section 7), LVC01, LVR01 et LVA01 (positions 1, 2 et 3 de la sous-section 9), LMC03 à LMA05 (positions 4 à 15 de la sous-section 14), LCF01 et LDH01 (positions 1 et 2 de la sous-section 15).			
Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis			
<i>Sous-section 1 - Crâne et encéphale</i>			
a) Ponctions, biopsies et prélèvements			
1) Biopsie(s) intracrânienne(s), avec intervention stéréotaxique, par trou de trépan ou par voie endoscopique	YJQ11	233,20	1161,90
2) Biopsie(s) intracrânienne(s), avec intervention stéréotaxique, avec plusieurs trajectoires différentes, par plusieurs trous de trépan	YJA12	282,87	1409,30
3) Biopsie(s) intracrânienne(s), avec intervention stéréotaxique, sous microscope, par voie transnasale	YJD13	233,20	1161,90
4) Biopsie de l'os du crâne avec ou sans intervention stéréotaxique, par abord direct	YJQ14	103,46	515,50
b) Actes thérapeutiques sur le cerveau et l'os du crâne			
5) Repose d'un volet crânien autologue, par tout système d'ostéosynthèse, par abord direct	YNA11	113,13	563,60
6) Repose de plusieurs volets crâniens autologues, par tout système d'ostéosynthèse, par abord direct	YNA12	147,24	733,60
7) Pose d'une greffe osseuse artificielle par tout système d'ostéosynthèse, y compris la prise d'empreinte, la personnalisation sur mesure et la préparation de l'implant, par abord direct	YNA13	148,57	740,20
8) Pose de plusieurs greffes osseuses artificielles par tout système d'ostéosynthèse, y compris la prise d'empreinte, la personnalisation sur mesure et la préparation des implants, par abord direct	YNA14	166,85	831,30
9) Fenestration de multiples kystes intracérébraux, avec ou sans intervention stéréotaxique, par voie endoscopique	YNC15	187,28	933,10
10) Thermoablation d'une lésion encéphalique par fibre laser sous IRM, y compris la planification préopératoire, par abord direct	YNH16	483,09	2406,90
11) Évacuation d'un hématome intracérébral, sous microscope, avec ou sans intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie ouverte	YNA17	187,28	933,10
12) Évacuation d'un hématome intracérébral, sous microscope, avec drainage externe ou implantation de sondes de pression, avec ou sans intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie ouverte	YNA18	215,47	1073,50
13) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) superficielle(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie unilatérale	YNA19	361,86	1802,90
14) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) superficielle(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie bilatérale	YNA21	504,21	2512,10
15) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) profonde(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie unilatérale	YNA22	455,93	2271,60
16) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) profonde(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie bilatérale	YNA23	558,79	2784,10
17) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale non-fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique, par craniotomie unilatérale	YNA24	504,21	2512,10
18) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale non-fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique, par craniotomie bilatérale	YNA25	626,89	3123,40
19) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique, avec neuromonitoring, par craniotomie unilatérale	YNA26	504,21	2512,10
20) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique,	YNA27	641,76	3197,40

	Code	Coeff.	Tarif
avec neuromonitoring, par craniotomie bilatérale			
21) Exérèse d'une tumeur osseuse crânienne, avec ou sans intervention stéréotaxique, par abord direct	YNA28	96,82	482,40
22) Exérèse d'une tumeur intracrânienne, avec intervention stéréotaxique, par voie transnasale endoscopique	YNE29	455,93	2271,60
23) Exérèse d'une tumeur intracrânienne sous microscope ou endoscope, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie combinée (craniotomie et transnasale)	YNP29	751,08	3742,10
c) Actes thérapeutiques sur le cervelet et le tronc cérébral			
24) Exérèse d'une tumeur de la région sellaire, sous micro- ou endoscope, avec intervention stéréotaxique, par voie transnasale	YPD11	397,19	1978,90
25) Exérèse d'une tumeur de la région sellaire avec extension suprachiasmatique, sous microscope ou endoscope, avec intervention stéréotaxique, par voie transnasale	YPD12	504,21	2512,10
26) Exérèse d'une tumeur de la jonction crânio-cervicale avec intervention stéréotaxique, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie ouverte	YPA13	801,00	3990,80
27) Exérèse d'une tumeur de la jonction crânio-cervicale, avec ostéosynthèse occipito-cervicale postérieure, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie ouverte	YPA14	995,95	4962,10
28) Exérèse d'une tumeur de la jonction crânio-cervicale, avec ostéosynthèse occipito-cervicale antérieure et postérieure, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par double abord direct	YPA15	1145,42	5706,80
d) Actes thérapeutiques sur les méninges, les ventricules et le liquide cébrospinal intracrâniens			
29) Mise en place d'une sonde de pression intracrânienne, par toute voie d'abord	YQA11	51,64	257,30
30) Mise en place d'un drainage ventriculaire externe, par abord direct	YQA12	72,73	362,40
31) Mise en place deux drains ventriculaires externes, par trous de trépan ou par mini trépanations à la tréphine, par abord direct	YQA13	96,82	482,40
32) Mise en place d'une dérivation lombaire externe, par abord direct	YQB14	62,18	309,80
33) Mise en place d'une dérivation ventriculaire cérébrale interne, par mise en place de drain(s) et d'une valve, y compris la programmation et le contrôle du système de dérivation interne, par abord direct	YQA15	166,85	831,30
34) Ventriculocisternostomie du troisième ventricule ou kystostomie intracérébrale, avec ou sans intervention stéréotaxique, par voie endoscopique	YQC16	128,99	642,70
35) Mise en place d'un cathéter ventriculaire avec instillation d'un réservoir	YQA17	100,55	501,00
36) Évacuation d'hématome épi- ou sous-dural, avec ou sans pose de drain(s), par trou(s) de trépan, unilatérale	YQA18	94,35	470,10
37) Évacuation d'hématome épi- ou sous-dural, avec ou sans pose de drain(s), par trou(s) de trépan, bilatérale	YQA19	112,21	559,10
38) Évacuation d'hématome(s) épi- ou sous-duraux, avec ou sans pose de drain(s) par craniotomie ou craniectomie, unilatérale	YQA21	184,22	917,80
39) Évacuation d'hématome(s) épi- ou sous-duraux, avec ou sans pose de drain(s) par craniotomie ou craniectomie, bilatérale	YQA22	224,38	1117,90
40) Décompression supra-tentorielle, avec plastie autologue ou synthétique de la dure-mère pour accident ischémique par hémicraniectomie unilatérale	YQA23	130,07	648,00
41) Décompression supra-tentorielle, avec plastie autologue ou synthétique de la dure-mère pour accident ischémique par hémicraniectomie bilatérale	YQA24	208,71	1039,90
42) Décompression infra-tentorielle, avec plastie de la dure-mère, avec ou sans résection parenchymateuse par craniectomie	YQA25	208,71	1039,90
43) Évacuation d'empyème sous-dural ou d'abcès intracérébral, par abord direct	YQA26	167,08	832,40
44) Exérèse d'un cavernome sous microscope, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie ouverte	YQA27	414,73	2066,30
e) Actes thérapeutiques sur les vaisseaux intracrâniens			
45) Pose de clips sur un anévrisme intracrânien, avec microangiographie par fluorescence, microdoppler et neuromonitoring peropératoire, par craniotomie	YRA11	611,92	3048,80
46) Pose de clips sur un anévrisme intracrânien, avec microangiographie par fluorescence, microdoppler et neuromonitoring peropératoire, incluant la reconstruction du vaisseau par plusieurs clips, par craniotomie	YRA12	758,25	3777,80
47) Anastomose vasculaire intra-extracrânienne, avec intervention stéréotaxique, avec microangiographie par fluorescence, micro-doppler et neuromonitoring peropératoire par craniotomie	YRA13	829,28	4131,70
48) Exérèse d'une malformation artérioveineuse intracérébrale sous microscope, avec intervention stéréotaxique, avec microangiographie par fluorescence, micro-doppler et neuromonitoring peropératoire, par voie ouverte	YRA14	700,52	3490,20
49) Exérèse d'une malformation artérioveineuse intracérébrale sous microscope, avec pose de clips sur un ou plusieurs anévrismes associés, avec intervention stéréotaxique, avec microangiographie par fluorescence, micro-doppler et neuromonitoring peropératoire, par voie ouverte	YRA15	815,16	4061,40
50) Traitement d'un anévrisme cérébral non rompu, par coil intracrânien, par voie endovasculaire	YRH16	362,04	1803,80
51) Traitement d'un anévrisme cérébral non rompu, par coil intracrânien et par une technique additionnelle (Remodelling Ballon, Stent, Flow Diverter), par voie endovasculaire	YRH17	472,20	2352,60
52) Traitement d'un anévrisme cérébral non rompu par coil ou par colle, y compris l'occlusion de l'artère afférente, le test d'occlusion au ballon et l'analyse de la circulation cérébrale, par voie endovasculaire	YRH18	574,10	2860,30
53) Traitement d'un anévrisme cérébral rompu, par coil intracrânien, par voie endovasculaire	YRH19	472,20	2352,60
54) Traitement d'un anévrisme cérébral rompu, par coil intracrânien, y compris l'angiographie diagnostique, par voie endovasculaire	YRH21	574,10	2860,30
55) Traitement d'un anévrisme cérébral rompu, par coil intracrânien et par une technique additionnelle (Remodelling Ballon, Stent, Flow Diverter) par voie endovasculaire	YRH22	574,10	2860,30
56) Traitement d'un anévrisme cérébral rompu, par coil intracrânien et par une technique additionnelle (Remodelling Ballon, Stent, Flow Diverter), y compris l'angiographie diagnostique, par voie endovasculaire	YRH23	671,28	3344,50

	Code	Coeff.	Tarif
57) Traitement d'une malformation artério-veineuse cérébrale non rompue ou d'une fistule durale artério-veineuse non rompue ou d'une tumeur intracrânienne par colle, par voie endovasculaire	YRH24	472,20	2352,60
58) Traitement d'une malformation artério-veineuse cérébrale rompue ou d'une fistule durale artério-veineuse rompue par colle, par voie endovasculaire	YRH25	472,20	2352,60
59) Traitement d'une malformation artério-veineuse cérébrale rompue ou d'une fistule durale artério-veineuse ou d'une tumeur intracrânienne par colle, y compris l'angiographie diagnostique, par voie endovasculaire	YRH26	574,10	2860,30
60) Traitement d'un vasospasme intracrânien par injection de substance vasoactive, par voie endovasculaire	YRH27	187,28	933,10
61) Traitement d'un vasospasme intracrânien ou d'une sténose intracrânienne, par angioplastie au ballon, par voie endovasculaire	YRH28	296,42	1476,90
62) Recanalisation d'un vaisseau cérébral occlus, par injection de substance thrombolytique, par voie endovasculaire	YRH29	282,01	1405,10
63) Recanalisation mécanique d'un vaisseau cérébral occlus, par toute technique (aspiration, thrombectomie mécanique, pose de stent, autre), par voie endovasculaire	YRH31	353,02	1758,90
f) Actes thérapeutiques sur le système nerveux central spinal			
64) Décompression d'un pannus rhumatoïde de la jonction crânio-cervicale avec stabilisation postérieure, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par abord direct	YTA11	758,25	3777,80
g) Stimulation du système nerveux			
65) Pose, remplacement ou repris d'une électrode de stimulation intracérébrale, y compris l'insertion d'électrodes provisoires de test, avec intervention stéréotaxique, par voie ouverte	YUA11	551,05	2745,50
66) Pose, remplacement ou repris de deux électrodes de stimulation intracérébrale, y compris l'insertion d'électrodes provisoires de test, avec intervention stéréotaxique, par voie ouverte	YUA12	664,47	3310,60
67) Mise en place d'un boîtier de stimulation intracérébrale et connexion avec une ou plusieurs électrodes, y compris la première programmation du système de stimulation intracérébrale, par voie ouverte - CAT	YUA13	39,50	196,80
68) Insertion d'une électrode de stimulation intracérébrale de test avec intervention stéréotaxique, suivie du traitement d'une cible, par voie ouverte	YUA14	483,09	2406,90
69) Insertion d'une électrode de stimulation intracérébrale de test avec intervention stéréotaxique, suivie du traitement de plus d'une cible, par voie ouverte	YUA15	592,23	2950,70
70) Pose, remplacement ou reprise d'une électrode de stimulation du nerf vague, sous microscopie optique, par voie ouverte	YUA16	351,04	1749,00
71) Mise en place d'un boîtier d'un boîtier de stimulation sous cutané du nerf vague, par voie ouverte - CAC	YUA17	39,50	196,80
h) Actes thérapeutiques sur les nerfs crâniens et nerfs spinaux			
72) Décompression osseuse pour malformation de Chiari, sous microscope, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par abord direct	YVQ11	282,87	1409,30
73) Décompression osseuse pour malformation de Chiari, sous microscope, avec élargissement allogénique ou autologue de la dure-mère, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par abord direct	YVQ12	397,19	1978,90
74) Décompression osseuse pour malformation de Chiari, sous microscope, avec élargissement allogénique ou autologue de la dure-mère et ablation des amygdales, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par abord direct	YVQ13	472,20	2352,60
75) Décompression vasculaire sous microscope d'un nerf crânien de la fosse postérieure, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par toute voie d'abord	YVA14	455,93	2271,60
76) Thermocoagulation ou stimulation par radiofréquence du ganglion trigéminal pour névralgie faciale, y compris le test neurophysiologique et l'examen radiologique peropératoire, par voie percutanée	YVA15	158,08	787,60
i) Autres actes thérapeutiques			
77) Implantation d'une pompe pour l'administration intrathécale de médicaments avec implantation d'un cathéter y compris le remplissage et la programmation de la pompe et l'imagerie médicale peropératoire, par abord direct	YZA11	166,85	831,30
78) Pose, remplacement ou reprise d'une pompe pour l'administration intrathécale de médicaments y compris le remplissage et la programmation de la pompe, par abord direct	YZA12	138,97	692,40
REMARQUES:			
1) Les positions YJQ11 à YJD13, YNC15 à YNA27, YNP29, YPD11 à YPA15, YQC16, YQA27, YRA11 à YRH28, YTA11, YUA11 à YUA17 et YVQ11 à YVA14 sont prestées exclusivement au sein du service national de neurochirurgie.			
2) Les actes réalisés avec intervention stéréotaxique incluent la planification préopératoire du trajet des électrodes, les vérifications peropératoires radiologiques et électrophysiologiques ainsi que le transfert éventuel du patient du bloc opératoire vers le service de radiologie.			
3) Pour les positions YUA11 à YUA17, l'électrocardiogramme de localisation préopératoire et l'information à l'auto-utilisation/gestion du patient du stimulateur au bloc opératoire sont compris dans l'acte.			
<i>Sous-section 2 - Nerfs crâniens et périphériques</i>			
1) Neurotomie intra - crânienne	2N81	136,90	682,10
2) Neurectomie vestibulaire	2N82	300,95	1499,40
3) Gangliolyse (Taarnhoj)	2N83	182,40	908,80
4) Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique	2N84	136,90	682,10

- 5) Transposition d'un tronc nerveux
- 6) Exploration du plexus brachial
- 7) Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités, une séance pour une période de 6 mois

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
2N86	91,15	454,10
2N87	136,90	682,10
2N88	50,00	249,10

REMARQUE:

L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour la thermocoagulation facettaire (2N88).

Sous-section 3 - Chirurgie du canal rachidien

- 1) Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle
- 2) Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle
- 3) Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoidite, pachyméningite
- 4) Laminectomie avec section des ligaments dentelés
- 5) Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire
- 6) Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire
- 7) Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire
- 8) Laminectomie pour hématome intrarachidien
- 9) Intervention pour syringomyélie ou hydromélie
- 10) Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire
- 11) Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval
- 12) Extraction d'un corps étranger du canal rachidien
- 13) Cordotomie isolée
- 14) Cordotomies combinées multiples
- 15) Myélotomie commissurale
- 16) Radicotomies intradurales multiples
- 17) Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire
- 18) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage
- 19) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique, stimulation de repérage et implantation du boîtier
- 20) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués
- 21) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués et implantation du boîtier

2V11	57,25	285,20
2V12	136,90	682,10
2V21	136,90	682,10
2V22	136,90	682,10
2V23	168,85	841,30
2V24	168,85	841,30
2V31	136,90	682,10
2V32	168,85	841,30
2V33	168,85	841,30
2V34	218,80	1090,10
2V35	218,80	1090,10
2V36	136,90	682,10
2V41	136,90	682,10
2V42	159,70	795,70
2V43	136,90	682,10
2V44	159,70	795,70
2V51	39,50	196,80
2V52	65,95	328,60
2V53	87,50	436,00
2V54	136,95	682,30
2V55	156,70	780,70

Sous-section 4 - Chirurgie des vertèbres et disques intervertébraux

REMARQUE:

Sauf indication contraire prévue dans le libellé, les positions tarifaires sont applicables par niveau respectivement segment et par voie d'abord.

a) Rachis cervical

- 1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation cervicale par traction transosseuse
- 2) Ostéosynthèse occipito-cervicale
- 3) Ostéosynthèse cervicale
- 4) Ostéosynthèse cervicale par voie transorale
- 5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical (ostéosynthèse comprise)
- 6) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise)
- 7) Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise
- 8) Laminectomie cervicale simple, un niveau
- 9) Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau
- 10) Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie
- 11) Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse

2V61	45,75	227,90
2V62	113,85	567,20
2V63	136,90	682,10
2V64	252,15	1256,30
2V65	168,85	841,30
2V66	252,15	1256,30
2V67	78,10	389,10
2V71	68,50	341,30
2V72	168,85	841,30
2V73	168,85	841,30
2V75	252,15	1256,30

b) Rachis dorsal ou lombaire

- 1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire
- 2) Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure
- 3) Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure
- 4) Ostéosynthèse lombaire
- 5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire (ostéosynthèse comprise)
- 6) Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise
- 7) Laminectomie dorsale ou lombaire simple, un niveau
- 8) Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau
- 9) Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire
- 10) Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise)
- 11) Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention

2V81	35,35	176,10
2V82	136,90	682,10
2V83	168,85	841,30
2V84	136,90	682,10
2V85	168,85	841,30
2V86	78,10	389,10
2V91	68,50	341,30
2V92	168,85	841,30
2V93	100,55	501,00
2V94	175,95	876,60
2V95	45,75	227,90

- 12) Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose avec ostéosynthèse, quelle que soit l'étendue
 13) Résection du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
2V96	252,15	1256,30
2V97	36,20	180,40

Section 8 - Chirurgie réparatrice et reconstructrice

Sous-section 1 - Actes thérapeutiques sur la peau et les tissus mous, à l'exception de la glande mammaire

- 1) Excision d'une cicatrice vicieuse avec suture, hors visage et mains
 2) Excision d'une cicatrice vicieuse avec suture, visage et mains
 3) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, hors visage et mains
 4) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage et mains
 5) Réparation de perte de substance par lambeau cutané au hasard (autoplastie par rotation ou par glissement), sans pédicule individualisé, hors visage et mains
 6) Réparation de perte de substance par plusieurs lambeaux cutanés au hasard (autoplastie par rotation ou par glissement), sans pédicule individualisé, hors visage et mains
 7) Réparation de perte de substance par lambeau cutané au hasard (autoplastie par rotation ou par glissement), sans pédicule individualisé, visage et mains
 8) Réparation de perte de substance par plusieurs lambeaux cutanés au hasard (autoplasties par rotation ou par glissement), sans pédicule individualisé, visage et mains
 9) Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, musculaire ou musculo-cutané avec dissection du pédicule vasculaire, y compris la fermeture du site donneur par suture simple
 10) Réparation de perte de substance par plusieurs lambeaux pédiculés cutanés ou fascio-cutanés, musculaires ou musculo-cutanés avec dissection du pédicule vasculaire et fermeture par suture simple
 11) Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé cutané ou fascio-cutané, musculaire ou musculo-cutané avec dissection du pédicule vasculaire, y compris la fermeture du site donneur par greffe
 12) Réparation de perte de substance par plusieurs lambeaux pédiculés cutanés ou fascio-cutanés, musculaires ou musculo-cutanés avec dissection du pédicule vasculaire et fermeture par une ou plusieurs greffes
 13) Réparation de perte de substance par lambeau libre, y compris le prélèvement et la préparation du pédicule en vue du transfert microchirurgical, la préparation des vaisseaux dans le site receveur, la mise en place du lambeau, la réalisation des sutures microchirurgicales, les sutures neuro-vasculaires et la fermeture par suture simple
 14) Réparation de perte de substance par lambeau libre, y compris le prélèvement et la préparation du pédicule en vue du transfert microchirurgical, la préparation des vaisseaux dans le site receveur, la mise en place du lambeau, la réalisation des sutures microchirurgicales, les sutures neuro-vasculaires et la fermeture par greffe
 15) Réparation de perte de substance par lambeau libre à pédicule perforant y compris le prélèvement et la préparation du pédicule en vue du transfert microchirurgical, la préparation des vaisseaux dans le site receveur, la mise en place du lambeau, la réalisation des sutures microchirurgicales, les sutures neuro-vasculaires et la fermeture par suture simple
 16) Réparation de perte de substance par lambeau libre à pédicule perforant y compris le prélèvement et la préparation du pédicule en vue du transfert microchirurgical, la préparation des vaisseaux dans le site receveur, la mise en place du lambeau, la réalisation des sutures microchirurgicales, les sutures neuro-vasculaires et la fermeture par greffe
 17) Révision des berges, remodelage d'un lambeau pédiculé ou libre, sevrage d'un lambeau à pédicule transitoire
 18) Révision d'un lambeau microchirurgical avec reprise des anastomoses
 19) Pose d'une prothèse d'expansion sous-cutanée (hors sein)
 20) Pose de plusieurs prothèses d'expansion sous-cutanées (hors sein)

CPA11	22,33	111,30
CPA12	34,48	171,80
CPA13	51,78	258,00
CPA14	67,44	336,00
CPA15	57,85	288,20
CPA16	115,70	576,50
CPA17	86,80	432,50
CPA18	173,60	864,90
CPA19	297,28	1481,10
CPA21	430,51	2144,90
CPA22	320,15	1595,10
CPA23	476,25	2372,80
CPA24	457,35	2278,70
CPA25	480,22	2392,60
CPA26	503,09	2506,50
CPA27	525,95	2620,40
CPA28	95,17	474,20
CPA29	209,14	1042,00
CPA31	78,34	390,30
CPA32	136,89	682,00

Sous-section 2 - Autogreffes et pose de derme artificiel

- 1) Greffe dermo-épidermique < 10 cm2 hors visage et mains, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 2) Greffe dermo-épidermique < 10 cm2 visage et mains, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 3) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm2 (50 exclus) hors visage et mains, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 4) Greffe dermo-épidermique de 10 à 50 cm2 (50 exclus) visage et mains, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 5) Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm2 (200 exclus), y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 6) Greffe dermo-épidermique à compter de 200 cm2, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 7) Greffe de peau totale (pleine épaisseur) < 50 cm2, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 8) Greffe de peau totale (pleine épaisseur) de 50 à 100 cm2 (100 exclus), y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 9) Greffe de peau totale (pleine épaisseur) à compter de 100 cm2, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues
 10) Greffe adipocytaire < 50 ml du visage y compris le prélèvement par lipoaspiration, la décantation et l'injection - APCM
 11) Greffe adipocytaire < 50 ml d'un sein y compris le prélèvement par lipoaspiration, la décantation et

CQA11	35,05	174,60
CQA12	69,10	344,30
CQA13	44,24	220,40
CQA14	81,07	403,90
CQA15	53,42	266,20
CQA16	71,80	357,70
CQA17	81,07	403,90
CQA18	103,92	517,80
CQA19	125,86	627,10
CQA21	51,78	258,00
CQA22	51,78	258,00

	Code	Coeff.	Tarif
l'injection - APCM			
12) Greffe adipocytaire de 50 à 100 ml (exclus) d'un sein y compris le prélèvement par lipoaspiration, la décantation et l'injection - APCM	CQA23	67,44	336,00
13) Greffe adipocytaire à compter de 100 ml d'un sein y compris le prélèvement par lipoaspiration, la décantation et l'injection - APCM	CQA24	95,17	474,20
14) Pose de derme artificiel	CQA25	81,07	403,90
15) Acte complémentaire : prélèvement et préparation d'une greffe composite de cartilage - peau, cartilage - muqueuse dans le cadre d'une chirurgie réparatrice de la face	CQA26	39,28	195,70
REMARQUES:			
1) Le code CQA26 (position 15) ne peut être mis en compte que conjointement à un des actes principaux CPA15 à CPA29 (positions 5 à 18 de la sous-section 1), CQA11 à CQA19 (positions 1 à 9 de la sous-section 2), CQA25 (position 14 de la sous-section 2), 2L73 et 2L76 (positions 5 et 6 de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2).			
2) Le code CQA26 n'est pas facturable seul.			
3) Le code CQA26 est cumulable à plein tarif avec les codes susmentionnés.			
<i>Sous-section 3 - Dermolipectomie et Lipoaspiration</i>			
1) Dermolipectomie abdominale antérieure (simple résection de tablier sans transposition ombilicale), hors lipoaspiration - APCM	CRA11	120,40	599,90
2) Dermolipectomie abdominale antérieure avec transposition ombilicale, hors lipoaspiration - APCM	CRA12	187,33	933,30
3) Dermolipectomie abdominale totale circulaire avec transposition ombilicale, hors lipoaspiration - APCM	CRA13	279,74	1393,70
4) Lipectomie bilatérale des parties internes des cuisses - APCM	CRA14	167,28	833,40
5) Lipectomie bilatérale des parties internes des bras - APCM	CRA15	167,28	833,40
6) Liposuction des deux membres supérieurs en cas de lipoedème à partir du stade 3, avec anesthésie tumescente - APCM	CRA16	138,00	687,60
7) Liposuction des deux membres inférieurs en cas de lipoedème à partir du stade 3, avec anesthésie tumescente - APCM	CRA17	248,00	1235,60
8) Liposuction en cas d'extravasation liée à un traitement antinéoplasique	CRA18	33,63	167,60
<i>Sous-section 4 - Actes thérapeutiques sur les sourcils et les paupières</i>			
1) Débridement chirurgical d'une plaie palpébrale, retrait de tissus nécrosés et autres débris	CSA11	44,93	223,90
2) Blépharoplastie unilatérale supérieure avec réduction du champ visuel supérieur d'au moins 20 degrés et/ou du champ visuel temporal d'au moins 70 degrés attestée par un ophtalmologue	CSA12	56,55	281,70
3) Blépharoplastie bilatérale supérieure avec réduction du champ visuel supérieur d'au moins 20 degrés et/ou du champ visuel temporal d'au moins 70 degrés attestée par un ophtalmologue	CSA13	103,92	517,80
4) Correction d'une ptose palpébrale unilatérale, opération portant sur le muscle releveur, muscle de Müller ou muscle frontal.	CSA14	120,72	601,50
5) Correction d'une ptose palpébrale unilatérale, opération portant sur le muscle releveur, muscle de Müller ou muscle frontal avec greffe tendineuse ou de fascia lata	CSA15	138,89	692,00
6) Correction d'une ptose palpébrale bilatérale, opération portant sur le muscle releveur, muscle de Müller ou muscle frontal	CSA16	192,44	958,80
7) Correction d'une ptose palpébrale bilatérale, opération portant sur le muscle releveur, muscle de Müller ou muscle frontal avec greffe tendineuse ou de fascia lata	CSA17	230,95	1150,70
8) Correction chirurgicale de la rétraction de la paupière dans le cas d'un ectropion post-chirurgical ou post traumatique	CSA18	101,43	505,40
9) Alourdissement de la paupière supérieure avec implant d'or/platine dans le cas d'une paralysie faciale	CSA19	89,58	446,30
10) Correction d'une ptose du sourcil en cas de paralysie faciale	CSA21	44,93	223,90
<i>Sous-section 5 - Actes thérapeutiques sur le nez</i>			
1) Plastie narinaire sans greffe	CTA11	78,34	390,30
2) Plastie narinaire avec greffe chondro-cutanée prélevée sur l'oreille	CTA12	109,27	544,40
3) Rhinoplastie ouverte ou fermée de la pyramide nasale par ostéotomie, ou greffe, ou prothèse pour déformation post-traumatique - APCM	CTA13	174,87	871,30
4) Rhinoplastie pour déformation après fente labiale ou labiopalatine	CTA14	229,10	1141,40
5) Rhinopoièse (Reconstruction complète du nez) y compris la greffe cartilagineuse, la greffe muqueuse, le lambeau et la fermeture du site donneur, dans le cadre de la chirurgie carcinologique ou post traumatique	CTA15	427,05	2127,70
<i>Sous-section 6 - Actes thérapeutiques pour fente orofaciale</i>			
1) Fermeture d'une fente labiale, unilatérale par abord direct	CWA11	134,53	670,30
2) Fermeture d'une fente labiale, bilatérale par abord direct	CWA12	226,33	1127,60
3) Correction d'une division vélo-palatine par abord direct	CWA13	171,98	856,90
<i>Sous-section 7 - Actes thérapeutiques sur le pavillon de l'oreille</i>			
1) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée, unilatérale	CVA11	78,34	390,30
2) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée, bilatérale	CVA12	136,89	682,00
3) Reconstitution partielle du pavillon de l'oreille avec greffe cartilagineuse, sculpture du cartilage, lambeaux cutanés et/ou lambeau de fascia temporal (premier temps)	CVA13	209,14	1042,00

	Code	Coeff.	Tarif
4) Reconstitution partielle du pavillon de l'oreille, avec retouche des lambeaux cutanés / fasciocutanés et greffe de peau (2ème temps)	CVA14	124,08	618,20
<i>Sous-section 8 - Mastoplastie de réduction ou d'augmentation</i>			
1) Plastie de réduction mammaire unilatérale par technique de cicatrice verticale (Lejour) - APCM	SQA11	123,73	616,50
2) Plastie de réduction mammaire bilatérale par technique de cicatrice verticale (Lejour) - APCM	SQA12	212,12	1056,80
3) Plastie de réduction mammaire unilatérale par technique de T inversé - APCM	SQA13	123,73	616,50
4) Plastie de réduction mammaire bilatérale par technique de T inversé - APCM	SQA14	212,12	1056,80
5) Plastie de réduction mammaire unilatérale par technique de T inversé avec greffe de l'aréole (Thorek) - APCM	SQA15	155,00	772,30
6) Plastie de réduction mammaire bilatérale par technique de T inversé avec greffe des aréoles (Thorek) - APCM	SQA16	265,47	1322,70
7) Symétrisation d'un sein après acte thérapeutique sur l'autre sein, par pose de prothèse mammaire	SQA17	95,17	474,20
<i>Sous-section 9 - Reconstruction du sein</i>			
1) Reconstruction mammaire unilatérale par pose de prothèse d'expansion tissulaire (premier temps)	SSA11	78,34	390,30
2) Reconstruction mammaire bilatérale par pose de prothèses d'expansion tissulaire (premier temps)	SSA12	136,89	682,00
3) Reconstruction mammaire unilatérale par changement de l'expandeur pour une prothèse définitive (deuxième temps)	SSA13	109,27	544,40
4) Reconstruction mammaire bilatérale par changement de l'expandeur pour une prothèses définitives (deuxième temps)	SSA14	187,33	933,30
5) Reconstruction mammaire immédiate par mise en place de prothèse définitive unilatérale	SSA15	81,74	407,30
6) Reconstruction mammaire immédiate par mise en place de prothèses définitives bilatérales	SSA16	144,27	718,80
7) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau de grand dorsal, avec ou sans pose de prothèse mammaire	SSA17	274,41	1367,20
8) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux de grand dorsal, avec ou sans pose de prothèses mammaires	SSA18	411,62	2050,80
9) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau de grand droit de l'abdomen pédiculé (TRAM) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale	SSA19	321,65	1602,60
10) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux des grands droits de l'abdomen pédiculés (TRAM) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale	SSA21	530,08	2641,00
11) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau libre de grand droit de l'abdomen (TRAM) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale	SSA22	503,09	2506,50
12) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux libres des grands droits de l'abdomen (TRAM) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale	SSA23	625,89	3118,40
13) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau perforant cutané abdominal (DIEP) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale	SSA24	592,07	2949,90
14) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux perforants cutanés abdominaux (DIEP) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale	SSA25	728,86	3631,40
15) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau de gracilis, avec ou sans pose de prothèse mammaire	SSA26	522,60	2603,70
16) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux de gracilis, avec ou sans pose de prothèse mammaire	SSA27	626,57	3121,80
<i>Sous-section 10 - Ablation et changement d'implant prothétique du sein</i>			
1) Ablation unilatérale de prothèse mammaire, sans capsulectomie	STA11	33,63	167,60
2) Ablation bilatérale de prothèses mammaires, sans capsulectomie	STA12	67,44	336,00
3) Ablation unilatérale de prothèse mammaire, avec capsulectomie	STA13	78,34	390,30
4) Ablation bilatérale de prothèses mammaires, avec capsulectomie	STA14	120,40	599,90
5) Changement unilatéral de prothèse mammaire, sans capsulectomie - APCM	STA15	46,10	229,70
6) Changement bilatéral de prothèses mammaires, sans capsulectomie - APCM	STA16	86,30	430,00
7) Changement unilatéral de prothèse mammaire, avec capsulectomie - APCM	STA17	118,75	591,60
8) Changement bilatéral de prothèses mammaires, avec capsulectomie - APCM	STA18	203,30	1012,90
<i>Sous-section 11 - Actes thérapeutiques sur le mamelon</i>			
1) Désinvagination unilatérale du mamelon ombiliqué	SUA11	48,25	240,40
2) Désinvagination bilatérale des mamelons ombiliqués	SUA12	72,26	360,00
3) Reconstruction d'un mamelon par lambeau	SUA13	56,55	281,70
4) Reconstruction de deux mamelons par lambeaux	SUA14	103,92	517,80
<i>Sous-section 12 - Actes thérapeutiques sur la plaque aréolo-mamelonnaire</i>			
1) Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire par greffe de peau totale autologue	SVA11	81,07	403,90
2) Reconstruction de deux plaques aréolo-mamelonnaires par greffe de peau totale autologue	SVA12	147,23	733,50
3) Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire par tatouage	SVA13	56,55	281,70
4) Reconstruction de deux plaques aréolo-mamelonnaires par tatouage	SVA14	103,92	517,80
<i>Sous-section 13 - Autres actes thérapeutiques</i>			
1) Mise en place d'implant ostéo-intégrable pour fixation d'une épithèse nasale ou auriculaire	CZA11	66,78	332,70
2) Acte complémentaire : mise en place d'un pansement à pression négative	CZA12	16,68	83,10

REMARQUES:

- 1) Le code CZA12 (position 2) ne peut être mis en compte que conjointement à un des actes principaux CSA18 (position 8 de la sous-section 4), CTA13 et CTA14 (positions 3 et 4 de la sous-section 5).
- 2) Le code CZA12 n'est pas facturable seul.
- 3) Le code CZA12 est cumulable à plein tarif avec les codes susmentionnés.

Section 9 - Chirurgie vasculaire*Sous-section 1 - Actes diagnostiques sur l'appareil circulatoire*

	Code	Coeff.	Tarif
1) Biopsie de l'artère temporale, par abord direct	HGA11	36,03	179,50
2) Mesure de la pression partielle transcutanée statique et dynamique (en mmHg), réalisée au minimum à 3 niveaux corporels différents à l'aide d'une électrode polarographique, sous contrôle médical, d'une durée minimale de 30 minutes - CAC	HKQ12	11,52	57,40

REMARQUE:

- 1) La position 2) doit être prestée dans un hôpital.

Sous-section 2 - Actes thérapeutiques sur les artères

a) Exérèses

1) Traitement d'une tumeur glomique carotidienne, avec conservation ou reconstruction de l'axe carotidien, par toutes voies d'abord	HSQ11	288,24	1436,10
2) Résection d'un kyste adventiciel (poplité), par abord direct	HSA25	313,81	1563,50

b) Anévrissectomies

1) Anévrissectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de continuité des vaisseaux à destinée cérébrale, par toutes voies d'abord	HSQ12	288,24	1436,10
2) Anévrissectomie ou résection artérielle d'une artère des membres supérieurs, par toutes voies d'abord	HSQ13	298,12	1485,30
3) Anévrissectomie ou résection artérielle de l'aorte thoracique descendante, sans mise en place d'une circulation extracorporelle, par toutes voies d'abord	HSQ14	720,62	3590,30
4) Anévrissectomie ou résection artérielle de l'aorte abdominale, par toutes voies d'abord	HSQ15	360,31	1795,20
5) Anévrissectomie ou résection artérielle ou thromboendartériectomie, avec rétablissement de continuité des artères viscérales, par laparotomie	HSQ16	360,31	1795,20
6) Anévrissectomie ou résection artérielle d'une artère des membres inférieurs, par toutes voies d'abord	HSQ17	329,49	1641,60

c) Pontages

1) Pontage du carrefour aortique et d'une ou de deux artères iliaques avec interposition d'un greffon veineux ou artériel autologue, y compris la préparation du greffon, par toutes voies d'abord	HSQ18	424,65	2115,70
2) Pontage du carrefour aortique et d'une ou deux artères iliaques avec interposition de prothèse(s), par toutes voies d'abord	HSQ19	356,17	1774,50
3) Pontage du carrefour aortique incluant une ou deux artères fémorales avec interposition de prothèse(s), par toutes voies d'abord	HSQ21	396,34	1974,70
4) Pontage d'une artère viscérale avec interposition d'un greffon veineux autologue ou artériel, y compris la préparation du greffon, par laparotomie	HSA26	293,05	1460,10
5) Pontage d'une artère viscérale avec interposition d'une prothèse, par laparotomie	HSA27	293,05	1460,10
6) Pontage d'un niveau artériel périphérique avec interposition de greffon veineux autologue ou artériel, y compris la préparation du greffon, par abord direct	HSA28	355,51	1771,30
7) Pontage d'un niveau artériel périphérique avec interposition d'une prothèse, par toutes voies d'abord	HSQ22	331,48	1651,50
8) Pontage axillofémoral ou bifémoral, par abord direct	HSA29	384,34	1914,90
9) Pontage distal sur une artère du pied, par abord direct	HSA31	362,71	1807,10
10) Ablation d'une prothèse infectée des artères précérébrales, par toutes voies d'abord	HSQ23	235,41	1172,90
11) Ablation d'une prothèse infectée du carrefour aortique sous-rénal, par toutes voies d'abord	HSQ24	362,71	1807,10
12) Ablation d'une prothèse infectée d'artères périphériques, par toutes voies d'abord	HSQ25	228,20	1137,00

d) Thrombectomies

1) Thrombectomie du carrefour aortique et des artères viscérales, par laparotomie	HSA32	269,04	1340,40
2) Thrombectomie du carrefour aortique et des artères iliaques, par abord inguino-fémoral uni ou bi-latéral	HSA33	204,17	1017,20

e) Thromboendartériectomies

1) Thromboendartériectomie d'une artère précérébrale, par toutes voies d'abord	HSQ26	288,24	1436,10
2) Thromboendartériectomie d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par toutes voies d'abord	HSQ27	374,72	1867,00
3) Thromboendartériectomie d'une artère des membres, par toutes voies d'abord	HSQ28	313,81	1563,50

Sous-section 3 - Actes thérapeutiques sur les veines

a) Chirurgie des varices

	Code	Coeff.	Tarif
1) Injections sclérosantes, pour varices sous-cutanées avec pansement compressif, par séance	HTF11	16,80	83,70
2) Injections sclérosantes des troncs saphéniens et/ou des grosses collatérales avec pansement compressif, contrôle échographique éventuel compris, par séance	HTF12	8,64	43,00
3) Néocrosssectomie de la saphène et phlébectomies homolatérales, par abord direct	HTA11	76,87	383,00
4) Extraction totale unilatérale de la grande veine saphène, de ses branches et de la crosse, avec ou sans phlébectomie, par abord direct	HTA12	91,27	454,70
5) Extraction totale unilatérale de la petite veine saphène, de ses branches et de la crosse, avec ou sans phlébectomie, par abord direct	HTA13	76,87	383,00
6) Extirpation complète des varices de la jambe et du pied, par abord direct	HTA14	70,60	351,80

b) Pontages

1) Pontage de la veine cave avec tout type de matériel, par laparotomie	HTA15	355,51	1771,30
2) Pontage de la veine cave inférieure au cours d'une exérèse de tumeur, par toutes voies d'abord	HTA16	355,51	1771,30
3) Pontage d'une veine iliaque avec tout type de matériel, par abord direct	HTA17	293,05	1460,10
4) Pontage d'une veine périphérique avec tout type de matériel, par abord direct	HTA18	293,05	1460,10

Sous-section 4 - Actes thérapeutiques sur les vaisseaux

a) Sutures vasculaires

1) Suture ou ligature des vaisseaux principaux du cou et de la tête, par toutes voies d'abord, acte isolé	HUQ11	36,03	179,50
2) Suture ou ligature des vaisseaux principaux des membres, par toutes voies d'abord, acte isolé	HUQ12	17,88	89,10

b) Pontages

1) Pontage d'un vaisseau à destinée cérébrale avec interposition de greffon veineux ou artériel autologue, y compris la préparation du greffon, par voie cervicale ou thoracique	HUA11	313,81	1563,50
2) Pontage d'un vaisseau à destinée cérébrale avec interposition de prothèse(s), par voie cervicale ou thoracique	HUA12	293,05	1460,10
3) Pontage séquentiel sur des vaisseaux de la jambe, par abord direct	HUA13	362,71	1807,10

c) Thrombectomies ou embolectomies

1) Thrombectomie d'un vaisseau périphérique, par abord direct	HUA14	180,17	897,70
2) Embolectomie d'un vaisseau des membres, par abord direct	HUA15	72,09	359,20

d) Autres actes sur les vaisseaux

1) Traitement d'une artère ou d'une veine poplitée piégée, par abord direct	HUA16	313,81	1563,50
2) Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT	HUB11	70,58	351,70
3) Mise en place d'un accès vasculaire d'hémodialyse externe (cathéter ou système extra-anatomique), par ponction percutanée	HUA17	72,09	359,20
4) Superficialisation d'un segment veineux d'une fistule artério-veineuse, par abord direct	HUQ13	194,57	969,40
5) Création, ablation ou reprise chirurgicale d'une fistule artério-veineuse pour accès vasculaire, par abord direct	HUQ14	194,57	969,40

Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie

Section 1 - Oreilles

Sous-section 1 - Examens diagnostiques

1) Otoscopie au microscope binoculaire - CAC	GDE11	5,38	26,80
2) Audiométrie vocale réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ11	12,03	59,90
3) Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, avec détermination des seuils de conduction aérienne et osseuse pour les fréquences 250 à 8000 Hz, documentation par graphique - CAC	GFQ12	12,21	60,80
4) Audiométrie tonale réalisée en chambre insonorisée, complétée par une audiométrie vocale réalisée en chambre insonorisée et/ou par la recherche d'un recrutement audiométrique, documentation par un graphique - CAC	GFQ13	16,04	79,90
5) Audiométrie à balayage de fréquence - CAC	GFQ14	5,38	26,80
6) Audiométrie comportementale, pour un patient de moins de 6 ans, réalisée en chambre insonorisée - CAC	GFQ15	16,04	79,90
7) Bilan auditif central, y compris tests de discrimination d'intensité, de fréquence et de phonèmes, test de résolution temporelle, test vocal de faible redondance, test dichotique, test de reconnaissance de formes et de configuration temporelle, test d'interaction binaurale, en chambre insonorisée, avec rapport	GFQ16	42,47	211,60
8) Premier contrôle par audiométrie en champ libre après la pose d'un dispositif de correction auditive - CAC	GFQ17	13,72	68,40
9) Impédancemétrie, tympanométrie, étude du réflexe stapédien - CAC	GFQ18	5,38	26,80
10) Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation par manœuvre positionnelle - CAC	GFQ19	8,49	42,30
11) Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil pendulaire	GFQ21	38,88	193,70

	Code	Coeff.	Tarif
12) Electronystagmographie avec épreuve de stimulation calorique, par air ou par eau	GFQ22	30,08	149,90
13) Potentiels évoqués auditifs avec recherche du seuil de détection de l'onde V(5) et étude des latences	GFQ23	33,66	167,70
14) Potentiels évoqués auditifs automatiques de dépistage de surdité	GFQ24	33,66	167,70
15) Enregistrement des potentiels évoqués vestibulaires d'origine sacculaire (potentiels évoqués otolithiques / potentiels évoqués sacculo lithiques)	GFQ25	33,66	167,70
16) Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des oto-émissions acoustiques - CAC	GFQ26	14,99	74,70
17) Test de surdité de perception par enregistrement bilatéral des produits de distorsion des oto-émissions acoustiques (DPOAE), réalisé en cabine insonorisée - CAC	GFQ27	14,99	74,70
18) Evaluation de la fonction vestibulaire par la posturographie dynamique informatisée (mesure de la stratégie d'utilisation des composantes visuelle, vestibulaire et proprioceptive)	GFQ28	20,17	100,50
19) Evaluation de la fonction vestibulaire par le video Head Impulse Test (vHIT - mesure des 6 canaux semi-circulaires et de la fonction du nerf vestibulaire supérieur et inférieur) avec caméra de haute résolution	GFQ29	20,17	100,50
20) Séance de rééducation de la lithiase vestibulaire par manœuvre libératoire - CAC	GZQ11	18,29	91,10
21) Exploration du rocher en coupes fines, avec rapport, par cone beam	GCK11	22,87	113,90

REMARQUES:

- 1) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14 et GFQ15 (positions 2 à 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GFQ23, GFQ24 et GFQ25 (positions 13 à 15) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GFQ26 et GFQ27 (positions 16 et 17) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GFQ28 et GFQ29 (positions 18 et 19) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GFQ13 et GFQ18 (positions 4 et 9) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Le code GFQ17 (position 8) ne peut être mis en compte qu'une fois par dispositif de correction auditive.
- 7) Le code GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ26 ou GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16 et 17) peut être mis en compte avec le code GFM11, GFM12, GFM21 ou GFM22 au cours de la même séance.
- 8) Le code GFQ18 (position 9) peut être mis en compte avec le code GFM41 ou GFM42 au cours de la même séance.
- 9) Le code GFQ23, GFQ24 ou GFQ25 (positions 13 à 15) peut être mis en compte avec le code GFM51, GFM52, GFM61 ou GFM62 au cours de la même séance.
- 10) Le code GFQ21, GFQ22, GFQ28 ou GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) peut être mis en compte avec le code GFM71, GFM72, GFM81 ou GFM82 au cours de la même séance.
- 11) Les codes GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ18, GFQ23, GFQ24, GFQ25, GFQ26 et GFQ27 (positions 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16 et 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 12) Les codes GFQ21, GFQ22, GFQ28 et GFQ29 (positions 11, 12, 18 et 19) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie ou en neurologie ou en pédiatrie.

Sous-section 2 - Chirurgie de l'oreille

1) Extraction d'un corps étranger ou d'un bouchon de cérumen enclavé du conduit auditif au microscope - CAC	GQD11	5,21	26,00
2) Traitement chirurgical d'un othématome, par voie externe	GQA11	31,85	158,70
3) Pose d'une épithèse ostéo-intégrée de la face ou du pavillon de l'oreille, par voie externe	GQA12	148,38	739,30
4) Exérèse d'une exostose oblitérante du méat acoustique externe, par voie du conduit auditif externe ou rétroauriculaire	GQP11	18,05	89,90
5) Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif externe, par toute voie d'abord	GQQ11	70,18	349,70
6) Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe de minimum 0,5 cm dans son grand axe, par toute voie d'abord	GQQ12	60,15	299,70
7) Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe, par toute voie d'abord	GQQ13	94,24	469,50
8) Paracentèse du tympan - CAC	GRB11	12,03	59,90
9) Mise en place d'un aérateur transtympanique, par côté, par voie du conduit auditif externe	GRB12	20,58	102,50
10) Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances) - CAC	GRD11	6,14	30,60
11) Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 4 séances) - CAC	GRD12	7,43	37,00
12) Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie), par toute voie d'abord	GRQ11	104,09	518,60
13) Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, par toute voie d'abord	GRQ12	177,31	883,40
14) Intervention pour ankylose de l'étrier, par toute voie d'abord	GRQ13	176,25	878,10
15) Reprise après intervention sur l'étrier, par toute voie d'abord	GRE11	179,44	894,00
16) Colmatage de la fenêtre ovale et/ou fenêtre ronde par du tissu adipeux pour fistule périlymphatique de l'oreille moyenne, par voie transméatale	GRE12	110,28	549,40
17) Résection d'un cholestéatome de l'oreille moyenne, mastoïdectomie non comprise, par voie rétro-auriculaire	GRC11	182,62	909,90
18) Injection transtympanique d'un produit à action cochléaire dans le cadre des surdités brusques, des acouphènes aigus ou encore d'une neuronite vestibulaire aiguë, sous microscope, par voie du conduit auditif externe	GSB11	17,15	85,40
19) Fermeture d'une fistule d'un canal semi-circulaire, par voie rétro-auriculaire	GSC11	179,44	894,00
20) Dilatation tubaire par ballonnet, lors d'une microendoscopie de la trompe d'Eustache, par voie endonasale	GSE11	52,60	262,10
21) Intervention pour fracture transverse du rocher, par voie externe rétro-auriculaire ou par voie du conduit auditif externe	GZP11	180,50	899,30
22) Intervention pour fracture longitudinale du rocher avec réparation de la chaîne ossiculaire, par voie rétro-auriculaire	GZC11	178,37	888,70
23) Mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire	GZC12	74,32	370,30
24) Mastoïdectomie avec tympanotomie postérieure, par voie rétro-auriculaire	GZC13	180,50	899,30

- 25) Evidement pétro-mastoïdien, par voie rétro-auriculaire
 26) Libération ou réparation du nerf facial intrapétreux, par voie rétro-auriculaire
 27) Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, y compris mastoïdectomie, par voie rétro-auriculaire

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
GZC14	176,25	878,10
GZC15	180,50	899,30
GZC16	240,61	1198,80

REMARQUES:

- 1) Les codes GQP11 et GQQ11 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GRD11 et GRD12 (positions 10 et 11) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GRQ11 et GRQ12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GRQ13 et GRE11 (positions 14 et 15) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZC12, GZC13, GZC14 et GZC16 (positions 23, 24, 25 et 27) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB11 et GZC15 (positions 18 et 26) ne sont pas cumulables avec un autre code de la présente sous-section.
- 7) Le code GQQ12 (position 6) ne peut être mis en compte que si la tumeur maligne est de minimum 0,5 cm dans son grand axe.
- 8) Le code GRD11 (position 10) ne peut être mis en compte :
 - que quatre fois dans le chef du patient,
 - que si la réalisation d'un des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 est prévue,
 - sous réserve qu'aucun des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12 n'a été mis en compte dans le chef du patient.
- 9) Le code GRD12 (position 11) ne peut être mis en compte que quatre fois après la mise en compte des codes GRB11, GRB12, GQP11, GQQ11, GQQ12, GQQ13, GRQ11, GRQ12, GRQ13, GRE11, GRC11, GSC11, GSE11, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GSB12, GSB13, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11 ou GZA12.
- 10) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GQA12, GZP11 et GZC11 (positions 3, 21 et 22) de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Implants

- 1) Pose d'implant à ancrage osseux percutané ou transcutané pour dispositif de correction auditive à transmission osseuse, par voie externe
- 2) Ablation d'un implant à ancrage osseux percutané, par voie externe
- 3) Pose d'un implant ostéo-intégré actif d'oreille moyenne, par voie externe
- 4) Ablation d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe
- 5) Changement d'un implant ostéo-intégré d'oreille moyenne, par voie externe
- 6) Implantation cochléaire, unilatérale, par voie externe
- 7) Implantation cochléaire bilatérale en une séance, par voie externe
- 8) Changement d'un implant auditif à électrodes intracochléaires, par voie externe
- 9) Changement bilatéral en une séance d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires
- 10) Ablation d'un implant auditif à électrodes intra-cochléaires, par voie externe
- 11) Réglage d'implant cochléaire, sous surveillance médicale
- 12) Ablation temporaire de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou implant cochléaire en vue d'une IRM, par voie externe
- 13) Changement et/ou pose de l'aimant d'un implant d'oreille moyenne ou d'un implant cochléaire, par voie externe

GSB12	118,91	592,40
GSB13	25,55	127,30
GRA11	188,75	940,40
GRA12	41,16	205,10
GRA13	127,41	634,80
GSA11	251,55	1253,30
GSA12	503,09	2506,50
GSA13	160,07	797,50
GSQ11	320,15	1595,10
GSA14	84,94	423,20
GSQ12	10,04	50,00
GZA11	63,71	317,40
GZA12	63,71	317,40

REMARQUES:

- 1) Les codes GSB12 et GSB13 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GRA11, GRA12 et GRA13 (positions 3 à 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Les codes GSA13, GSQ11 et GSA14 (positions 8 à 10) ne sont pas cumulables entre eux.
- 5) Les codes GZA11 et GZA12 (positions 12 et 13) ne sont pas cumulables entre eux.
- 6) Les codes GSB12, GSB13, GRA11, GRA12 et GSA11 (positions de 1, 2, 3, 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois par oreille.
- 7) Le code GSA12 (position 7) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient et sous réserve que le code GSA11 (position 6) n'a jamais été mis en compte pour le patient.
- 8) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GSA11 et GSA12 (positions 6 et 7) de la présente sous-section.

Section 2 - Nez et sinus

Sous-section 1 - Examens diagnostiques

- 1) Rhinoscopie antérieure, exploration complète des fosses nasales et des méats, avec ou sans biopsie - CAC
- 2) Sinuscopie exploratrice
- 3) Exploration des sinus par cone beam, avec rapport - CAC
- 4) Rhinométrie acoustique sans test de provocation
- 5) Rhinométrie acoustique avec test de provocation

GDE12	5,38	26,80
GDE13	22,87	113,90
GCK12	20,58	102,50
GFQ31	12,30	61,30
GFQ32	18,45	91,90

- 6) Rhinomanométrie
- 7) Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmacodynamique
- 8) Mesure des odeurs par analyse sensorielle par olfactométrie et/ou gustométrie - CAC
- 9) Potentiels évoqués olfactifs - CAC

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
GBQ11	12,30	61,30
GBQ12	18,29	91,10
GFQ33	14,86	74,00
GAQ11	30,87	153,80

REMARQUES:

- 1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GDE12 (position 1) n'est cumulable qu'avec les codes GPD13, GPD14, GPD15, GPD16, GPD17, GND11, GNE11, GPD11, GZE11, GPE11 et GPD19.
- 3) Le code GDE13 (position 2) n'est cumulable qu'avec le code GND11.
- 4) Le code GFQ31, GFQ32, GBQ11 ou GBQ12 (positions 4 à 7) peut être mis en compte avec le code GFM31 ou GFM32 au cours de la même séance.
- 5) Les codes GFQ31, GFQ32, GBQ11 et GBQ12 (positions 4 à 7) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.

Sous-section 2 - Petite intervention

- 1) Anesthésie locale du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, par voie endoscopique

GZE11	12,73	63,40
-------	-------	-------

Sous-section 3 - Chirurgie du nez

- 1) Extraction de corps étrangers enclavés du nez, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC
- 2) Réduction chirurgicale d'une fracture des os propres du nez, y compris contention, sous anesthésie, par voie endonasale
- 3) Traitement chirurgical du rhinophyma, par voie externe
- 4) Hémostase nasale par tamponnement antérieur, par voie endonasale - CAC
- 5) Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur, sous anesthésie générale, avec ou sans endoscope, par voie endonasale
- 6) Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal, par voie endonasale - CAC
- 7) Electrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante de lésions de la muqueuse nasale, y compris l'anesthésie locale, par voie endonasale - CAC
- 8) Ablation de polypes nasaux, par séance, avec ou sans endoscope, par voie endonasale
- 9) Extirpation d'un fibrome nasopharyngien, un ou plusieurs temps, par voie endonasale et endobuccale
- 10) Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, par voie endoscopique
- 11) Traitement d'une oblitération choanale osseuse par résection endonasale
- 12) Résection partielle unilatérale d'un cornet par conchotomie, turbinectomie ou turbinoplastie, par voie endonasale
- 13) Septoplastie correctrice, par voie endonasale
- 14) Septorhinoplastie fonctionnelle dans le cadre d'une obstruction nasale, objectivée par rhinomanométrie, par toute voie d'abord

GPD11	8,02	40,00
GPD12	35,14	175,10
GPA11	56,14	279,70
GPD13	9,56	47,60
GPD14	57,17	284,80
GPD15	16,04	79,90
GPD16	8,49	42,30
GPD17	12,31	61,30
GZP12	160,41	799,20
GPE11	15,05	75,00
GPD18	116,29	579,40
GPD19	20,05	99,90
GPD21	65,00	323,80
GPQ11	130,33	649,30

REMARQUES:

- 1) Les codes GPD13 et GPD14 (positions 4 et 5) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GPD11, GPD12, GPA11, GPE11, GPD18 et GPD19 (positions 1, 2, 3, 10, 11 et 12) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.
- 3) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP12 (position 9) de la présente sous-section.

Sous-section 4 - Chirurgie des sinus

- 1) Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel
- 2) Nettoyage naso-sinusal après chirurgie sinusienne, par voie endoscopique, par voie endonasale
- 3) Méatotomie nasale moyenne unilatérale, par voie endoscopique
- 4) Méatotomie nasale inférieure unilatérale, par voie endoscopique
- 5) Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale unilatérale, par voie endonasale
- 6) Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire unilatérale avec méatotomie moyenne, par la fosse canine ou par voie endonasale
- 7) Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale unilatérale, par voie endonasale
- 8) Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale, par voie endonasale
- 9) Traitement chirurgical d'un ostéome, ou d'un mucocèle, ethmoïdal et/ou frontal unilatéral, par voie endonasale

GND11	7,59	37,80
GNE11	36,59	182,30
GPE12	44,25	220,50
GPE13	53,09	264,50
GND12	80,20	399,60
GNP11	68,60	341,80
GND13	80,20	399,60
GND14	120,00	597,90
GND15	91,47	455,70

REMARQUES:

- 1) Les codes GND11 et GNE11 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GND12, GNP11, GND13 et GND14 (positions 5 à 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GNE11 et GND14 (positions 2 et 8) ne sont pas cumulables entre eux.
- 4) Le code GND15 (position 9) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente section.
- 5) Le code GNE11 (position 2) ne peut être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
Section 3 - Glandes salivaires, pharynx, larynx et trachée			
<i>Sous-section 1 - Examens diagnostiques</i>			
1) Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique - CAC	GDE14	10,11	50,40
2) Naso-pharyngo-laryngoscopie	GDE15	11,68	58,20
3) Naso-pharyngo-laryngoscopie avec biopsie de la sphère ORL	GDE16	20,00	99,60
4) Microlaryngoscopie, avec ou sans biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE17	40,10	199,80
5) Panendoscopie pour recherche de lésion(s) cancéreuse(s) de la sphère ORL (fosses nasales, pharynx, larynx, trachée, bronches) avec biopsie(s), sous anesthésie générale	GDE18	57,17	284,80
6) Enregistrement stroboscopique du larynx par voie endoscopique	GFE11	21,60	107,60
7) Bilan d'une ronchopathie chronique, sous sommeil induit, par voie endoscopique	GDE19	47,63	237,30
REMARQUES:			
1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.			
2) Le code GDE15, GDE16 ou GFE11 (positions 2, 3 et 6) peut être mis en compte avec le code GDD11, GDD12, GDD21 ou GDD22 au cours de la même séance.			
<i>Sous-section 2 - Chirurgie des glandes salivaires</i>			
1) Lavage et bougirage du canal salivaire par sialendoscopie	GUE11	47,78	238,10
2) Extirpation de calculs salivaires, par incision muqueuse simple, par voie endobuccale	GUD11	24,06	119,90
3) Extirpation de calculs salivaires, par dissection du canal excréteur ou par voie externe	GUP11	30,08	149,90
4) Ablation de la glande sous-maxillaire, par voie externe	GUA11	90,23	449,60
5) Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA12	170,43	849,10
6) Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial, par voie externe	GUA13	220,56	1098,90
7) Traitement d'un kyste salivaire de la glande salivaire sublinguale (grenouillette) par marsupialisation ou ablation de la glande sublinguale, par voie endobuccale	GUD12	27,44	136,70
REMARQUES:			
1) Les codes GUD11 et GUP11 (positions 2 et 3) ne sont pas cumulables entre eux.			
2) Les codes GUA12 et GUA13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.			
3) Le code GUE11 (position 1) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.			
4) Les codes GUA11 et GUA13 (positions 4 et 6) ne peuvent être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.			
5) Le code GUA12 (position 5) ne peut être mis en compte que deux fois par parotide.			
6) Le code GUE11 (position 1) ne peut être mis en compte que dans le cadre d'une sialoadénite récidivante.			
7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GUP11, GUA11, GUA12 et GUA13 (positions 3 à 6) de la présente sous-section.			
<i>Sous-section 3 - Chirurgie de la cavité buccale</i>			
1) Adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD11	50,13	249,80
2) Amygdalectomie bilatérale, par voie endobuccale	GVD12	63,23	315,00
3) Amygdalotomie ou amygdalectomie, par laser, radiofréquence ou coblation, par voie endobuccale	GVD13	60,15	299,70
4) Révision chirurgicale et hémostase pour les hémorragies secondaires post amygdalotomie, amygdalectomie ou adénoïdectomie, par voie endobuccale	GVD14	80,20	399,60
5) Uvuloplastie, par laser ou radiofréquence, par voie endobuccale	GTD11	60,15	299,70
6) Uvulo-vélo-palato-plastie, par voie endobuccale	GTD12	60,10	299,40
7) Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP13	170,43	849,10
REMARQUES:			
1) Les codes GTD11 et GTD12 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.			
2) Le code GVD14 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.			
3) Les codes GVD11, GVD12, GVD13 et GVD14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.			
4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour le code GZP13 (position 7) de la présente sous-section.			
<i>Sous-section 4 - Chirurgie du pharynx</i>			
1) Pharyngectomie pour tumeur maligne, par voie endobuccale ou externe	GVP11	176,45	879,10
2) Pharyngectomie pour tumeur maligne, par laser, par voie endobuccale	GVD15	190,48	949,00
3) Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP12	162,41	809,20
4) Incision d'un abcès rétro- ou latéro-pharyngien, ou périamygdalien, ou endo- ou péri-laryngé, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP14	91,31	454,90
5) Pharyngoplastie pour sténose vélo-oro-rhino pharyngée, avec rapport, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GVP13	274,41	1367,20
6) Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne, par toute technique	GZQ12	220,56	1098,90
7) Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé, par toute voie d'abord	GZQ13	198,95	991,20

	Code	Coeff.	Tarif
8) Injection de toxine botulinique dans le cadre du traitement de la dyskinésie temporaire du muscle cricopharyngé	GZB11	29,73	148,10
9) Myotomie du muscle cricopharyngé pour traitement d'un diverticule de Zenker, par toute technique, par toute voie d'abord	GZQ14	120,30	599,40
10) Section du ligament stylo-hyoïdien avec résection partielle de l'apophyse styloïde pour le traitement d'un syndrome d'Eagle, par voie endobuccale et/ou par voie externe	GZP15	95,56	476,10
REMARQUES:			
1) Les codes GVP11, GVD15 et GZQ12 (positions 1, 2 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.			
2) Les codes GVP12, GZP14, GZQ13 et GZQ14 (positions 3, 4, 7 et 9) ne sont pas cumulables avec les autres codes de la présente sous-section.			
3) Le code GZB11 (position 8) ne peut être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.			
4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GVP11, GVD15, GVP12, GZP14, GZQ12, GZQ13 et GZQ14 (positions 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 9) de la présente sous-section.			
<i>Sous-section 5 - Chirurgie du larynx</i>			
1) Extraction d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, par les voies naturelles, sans endoscopie, y compris l'anesthésie locale	GZD11	42,47	211,60
2) Résection, hors laser, de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) sous microlaryngoscopie	GWE11	50,13	249,80
3) Résection de nodule(s), kyste(s) ou polype(s) par laser sous microlaryngoscopie	GWE12	60,15	299,70
4) Epluchage complet, hors laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE13	70,18	349,70
5) Epluchage complet, par laser, d'une corde vocale sous microlaryngoscopie	GWE14	80,20	399,60
6) Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, hors laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE15	90,23	449,60
7) Aryténoïdectomie, ou aryténoïdopexie, ou résection de cordes vocales, ou cordotomie, par laser, sous microchirurgie endoscopique	GWE16	100,25	499,50
8) Thyroplastie de médialisation, ou de relaxation, ou d'élargissement, ou de mise sous tension, par voie endoscopique ou externe	GWP11	84,61	421,60
9) Dilatation laryngée par voie endoscopique, première séance	GWE17	14,04	70,00
10) Dilatation laryngée par voie endoscopique, séance suivante	GWE18	14,04	70,00
11) Pose ou changement de prothèse de calibrage du larynx, par laryngoscopie directe	GWE19	86,43	430,60
12) Laryngotomie, thyrotomie, traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie, par abord direct	GZA13	120,30	599,40
13) Traitement d'une sténose du larynx, par laser, sous microlaryngoscopie	GWE21	80,04	398,80
14) Laryngectomie partielle pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE22	120,30	599,40
15) Laryngectomie subtotalaire pour tumeur maligne, par laser, par voie endoscopique	GWE23	137,21	683,60
16) Laryngectomie totale pour tumeur maligne, par voie externe	GWA11	176,56	879,70
17) Laryngectomie subtotalaire reconstructive pour tumeur maligne, par voie externe	GWA12	260,66	1298,70
18) Laryngoplastie par injection, par voie externe et/ou sous microlaryngoscopie	GWP12	84,61	421,60
REMARQUES:			
1) Les codes de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux.			
2) Les codes GWE17 et GWE18 (positions 9 et 10) ne peuvent être mis en compte qu'une fois dans le chef du patient.			
3) Le code GWE18 (position 10) ne peut être mis en compte que dans un délai allant de 3 mois à 6 mois à compter de la mise en compte du code GWE17 (position 9).			
4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GWP11, GZA13, GWE22, GWE23, GWA11 et GWA12 (positions 8, 12, 14, 15, 16 et 17) de la présente sous-section.			
<i>Sous-section 6 - Chirurgie de la trachée</i>			
1) Trachéotomie, par voie externe	GXA11	65,25	325,10
2) Changement de canule de trachéotomie ou de trachéostomie, par voie externe - CAC	GXD11	14,99	74,70
3) Fermeture chirurgicale d'un trachéostome, par voie externe	GXD12	59,46	296,20
4) Résection segmentaire de la trachée, par abord direct	GXA12	240,00	1195,80
5) Mise en place d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE12	68,60	341,80
6) Changement d'une prothèse phonatoire œsotrachéale, par voie endoscopique	GZE13	28,07	139,90
REMARQUES:			
1) Les codes GXA11, GXD11 et GXD12 (positions 1 à 3) ne sont pas cumulables entre eux.			
2) Les codes GZE12 et GZE13 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.			
3) Le code GXA12 (position 4) n'est pas cumulable avec les autres codes de la présente sous-section.			
4) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GXA11, GXD11, GXD12 et GXA12 (positions 1 à 4) de la présente sous-section.			
Section 4 - Chirurgie du cou			
1) Lobo-isthmectomie de la thyroïde, par voie externe	GYA11	124,46	620,10
2) Thyroïdectomie totale, par voie externe	GYA12	157,39	784,20
3) Parathyroïdectomie unique, par voie externe	GYA13	124,46	620,10
4) Parathyroïdectomie ectopique, par voie externe	GYA14	157,35	784,00
5) Parathyroïdectomie multiple, par voie externe	GYA15	208,10	1036,80

REMARQUES:

- 1) Les codes GYA11 et GYA12 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Le code GYA13 (position 3) ne peut être mis en compte que deux fois dans le chef du patient.
- 3) Les codes GYA14 et GYA15 (positions 4 et 5) ne peuvent être mis en compte que trois fois dans le chef du patient.

Section 5 - Divers

	Code	Coeff.	Tarif
1) Exérèse à visée diagnostique d'une adénopathie cervicale profonde, par voie externe	GGB11	50,13	249,80
2) Exérèse ganglionnaire d'un secteur ganglionnaire cervical avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe	GZB12	90,23	449,60
3) Exérèse ganglionnaire de plusieurs secteurs ganglionnaires cervicaux avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB13	170,43	849,10
4) Curage ganglionnaire cervical fonctionnel ou élargi avec examen histologique et rapport opératoire, unilatéral, par voie externe - CAT	GZB14	297,28	1481,10
5) Exérèse d'un kyste médian du tractus thyroïdien, par voie externe	GYA16	114,34	569,70
6) Exérèse d'un kyste ou d'une fistule branchiale latérale du cou ou de la face, par voie externe	GZA14	170,43	849,10
7) Neuromonitoring ou ENMG peropératoire des nerfs vague et récurrents ou des nerfs faciaux - CAT	GAQ12	25,48	126,90
8) Assistance chirurgicale par neuronavigation avec ou sans casque - CAT	GZR11	34,30	170,90

REMARQUES:

- 1) Les codes GGB11, GZB12, GZB13 et GZB14 (positions 1 à 4) ne sont pas cumulables entre eux.
- 2) Les codes GYA16 et GZA14 (positions 5 et 6) ne sont pas cumulables entre eux.
- 3) Les codes GZB13 et GZB14 (positions 3 et 4) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par côté.
- 4) Le code GAQ12 (position 7) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GSC11, GRE11, GRC11, GRQ12, GQQ13, GRQ13, GZC12, GZC13, GZC14, GZC15, GZC16, GRA11, GRA12, GRA13, GSA11, GSA12, GZA11, GZA12, GYA11, GYA12, GYA13, GYA14, GYA15, GUA11, GUA12 et GUA13.
- 5) Le code GZR11 (position 8) ne peut être mis en compte qu'avec les codes GPD17, GND11, GNE11, GPE12, GPE13, GND12, GNP11, GND13, GND14 et GND15.
- 6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes GGB11, GZB12, GZB13, GZB14, GYA16 et GZA14 (positions 1 à 6) de la présente section.

Section 6 - Echographies

1) Echographie oto-rhino-laryngologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	GCM11	12,20	60,80
2) Echographie oto-rhino-laryngologique de la glande thyroïde, y compris région du cou	GCM12	12,20	60,80
3) Echographie oto-rhino-laryngologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance	GCM13	23,82	118,70
4) Echographie oto-rhino-laryngologique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, séance suivante pour une période de six mois	GCM14	11,91	59,30

REMARQUES:

- 1) Les codes GCM11, GCM12, GCM13 et GCM14 (positions 1 à 4) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en oto-rhino-laryngologie.
- 2) Le code GCM11, GCM12, GCM13 ou GCM14 (positions 1 à 4) peut être mis en compte avec le code GCJ11, GCJ12, GCJ21, GCJ22, GCJ31 ou GCJ32 au cours de la même séance.

Section 7 - Forfaits pour frais d'utilisation d'appareil

1) Echographe Classe I	GCJ11		45,00
2) Montant réduit pour échographe Classe I	GCJ12		5,00
3) Echographe Classe II	GCJ21		80,00
4) Montant réduit pour échographe Classe II	GCJ22		5,00
5) Echographe Classe III	GCJ31		105,00
6) Montant réduit pour échographe Classe III	GCJ32		5,00
7) Endoscope Classe I	GDD11		7,00
8) Montant réduit pour endoscope Classe I	GDD12		2,00
9) Endoscope Classe II	GDD21		14,50
10) Montant réduit pour endoscope Classe II	GDD22		2,00
11) Audiomètre Classe I	GFM11		9,50
12) Montant réduit pour audiomètre Classe I	GFM12		2,00
13) Audiomètre Classe II	GFM21		17,00
14) Montant réduit pour audiomètre Classe II	GFM22		2,00
15) Rhinomanomètre Classe I	GFM31		15,00
16) Montant réduit pour rhinomanomètre Classe I	GFM32		2,00
17) Impédancemètre Classe I	GFM41		15,00
18) Montant réduit pour impédancemètre Classe I	GFM42		2,00
19) Appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe I	GFM51		32,00
20) Montant réduit pour appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe I	GFM52		2,00
21) Appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe II	GFM61		52,00
22) Montant réduit pour appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe II	GFM62		2,00

- 23) Vidéonystagmographe Classe I
- 24) Montant réduit pour vidéonystagmographe Classe I
- 25) Vidéonystagmographe Classe II
- 26) Montant réduit pour vidéonystagmographe Classe II

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
GFM71		22,00
GFM72		2,00
GFM81		47,00
GFM82		2,00

REMARQUES:

- 1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20 000,00 euros et 59 999,99 euros.
- 2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60 000,00 euros et 89 999,99 euros.
- 3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110 000,00 euros.
- 4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes (positions 1, 3 et 5) est fixé à 200.
- 5) L'endoscope Classe I (positions 7 et 8) couvre tous les appareils endoscopes dont la valeur d'acquisition se situe entre 5 000,00 euros et 14 999,99 euros.
- 6) L'endoscope Classe II (positions 9 et 10) couvre tous les appareils endoscopes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 15 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 35 000,00 euros.
- 7) Le seuil d'activité de référence pour tous les endoscopes (positions 7 et 9) est fixé à 400.
- 8) L'audiomètre Classe I (positions 11 et 12) couvre tous les appareils audiomètres dont la valeur d'acquisition se situe entre 5 000,00 euros et 24 999,99 euros.
- 9) L'audiomètre Classe II (positions 13 et 14) couvre tous les appareils audiomètres dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 25 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 35 000,00 euros.
- 10) Par dérogation à l'article 15quater, alinéa 3, la valeur d'acquisition d'un appareil audiomètre (positions 11 à 14) peut également couvrir la valeur d'acquisition d'une chambre insonorisée, par médecin et par période de 30 ans, afin de déterminer la classe à laquelle appartient l'appareil audiomètre. Dans ce cas, les forfaits englobent au-delà des frais d'amortissement et des frais de fonctionnement de l'appareil audiomètre installé, les frais d'amortissement et les frais de fonctionnement de la chambre insonorisée.
- 11) Le seuil d'activité de référence pour tous les audiomètres (positions 11 et 13) est fixé à 400.
- 12) Le rhinomanomètre Classe I (position 15) couvre tous les appareils rhinomanomètres dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 3 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 10 000,00 euros.
- 13) Le seuil d'activité de référence pour tous les rhinomanomètres (position 15) est fixé à 100.
- 14) L'impédancemètre Classe I (position 17) couvre tous les appareils impédancemètres dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 3 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 10 000,00 euros.
- 15) Le seuil d'activité de référence pour tous les impédancemètres (position 17) est fixé à 100.
- 16) L'appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe I (positions 19 et 20) couvre tous les appareils d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs dont la valeur d'acquisition se situe entre 10 000,00 euros et 19 999,99 euros.
- 17) L'appareil d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs Classe II (positions 21 et 22) couvre tous les appareils d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 20 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 30 000,00 euros.
- 18) Le seuil d'activité de référence pour tous les appareils d'enregistrement des potentiels évoqués auditifs (positions 19 et 21) est fixé à 100.
- 19) Le vidéonystagmographe Classe I (positions 23 et 24) couvre tous les appareils de vidéonystagmographie dont la valeur d'acquisition se situe entre 5 000,00 euros et 14 999,99 euros.
- 20) Le vidéonystagmographe Classe II (positions 25 et 26) couvre tous les appareils de vidéonystagmographie dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 15 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 30 000,00 euros.
- 21) Le seuil d'activité de référence pour tous les vidéonystagmographes (positions 23 et 25) est fixé à 100.
- 22) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21, 23 et 25. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 23) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22, 24 et 26. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.
- 24) Le code GCJ11, GCJ12, GCJ21, GCJ22, GCJ31 ou GCJ32 ne peut être mis en compte que si le code GCM11, GCM12, GCM13 ou GCM14 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 25) Le code GDD11, GDD12, GDD21 ou GDD22 ne peut être mis en compte que si le code GDE15, GDE16 ou GFE11 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 26) Le code GFM11, GFM12, GFM21 ou GFM22 ne peut être mis en compte que si le code GFQ11, GFQ12, GFQ13, GFQ14, GFQ15, GFQ16, GFQ17, GFQ26 ou GFQ27 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 27) Le code GFM31 ou GFM32 ne peut être mis en compte que si le code GFQ31, GFQ32, GBQ11 ou GBQ12 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 28) Le code GFM41 ou GFM42 ne peut être mis en compte que si le code GFQ18 a été mis en compte au cours de la même séance.

- 29) Le code GFM51, GFM52, GFM61 ou GFM62 ne peut être mis en compte que si le code GFQ23, GFQ24 ou GFQ25 a été mis en compte au cours de la même séance.
- 30) Le code GFM71, GFM72, GFM81 ou GFM82 ne peut être mis en compte que si le code GFQ21, GFQ22, GFQ28 ou GFQ29 a été mis en compte au cours de la même séance.

Chapitre 4 - Ophtalmologie

Section 1 - Examens Ophtalmiques

- | | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Tonométrie - CAC | 4E11 | 2,00 | 10,00 |
| 2) Examen du fond d'oeil - CAC | 4E12 | 4,00 | 19,90 |
| 3) Examen de la vision binoculaire | 4E13 | 8,50 | 42,30 |
| 4) Détermination instrumentale et tracé du champ visuel, (périmétrie et/ou campimétrie) | 4E14 | 8,50 | 42,30 |
| 5) Courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie) | 4E15 | 8,10 | 40,40 |
| 6) Repérage et marquage ophtalmoscopique de déchirures rétiniennes ou de corps étrangers intraoculaires | 4E16 | 8,80 | 43,80 |
| 7) Mesure de la résistance de la barrière hématoaqueuse par tests de contraste | 4E17 | 11,25 | 56,10 |
| 8) Angiographie fluorescéinique | 4E18 | 15,00 | 74,70 |

Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales

- | | | | |
|---|------|-------|--------|
| 1) Electrolyse, diathermocoagulation, cautérisation au niveau des paupières ou des voies lacrymales - CAC | 4A11 | 4,25 | 21,20 |
| 2) Incision d'abcès ou de kystes des annexes de l'oeil, d'un orgelet - CAC | 4A12 | 4,25 | 21,20 |
| 3) Excision d'un chalazion, d'un kyste, de xanthélasmas | 4A13 | 13,90 | 69,30 |
| 4) Ablation d'une petite tumeur palpébrale (sans autoplastie) | 4A14 | 8,80 | 43,80 |
| 5) Suture de plaies compliquées des paupières avec section du tarse et/ou des voies lacrymales | 4A15 | 44,25 | 220,50 |
| 6) Canthotomie | 4A16 | 19,60 | 97,70 |
| 7) Blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie | 4A17 | 35,15 | 175,10 |
| 8) Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion | 4A21 | 50,20 | 250,10 |
| 9) Trichiasis, opération sans greffe | 4A22 | 21,80 | 108,60 |
| 10) Trichiasis, opération avec greffe libre | 4A23 | 42,75 | 213,00 |
| 11) Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, avec autoplastie palpébrale | 4A27 | 85,40 | 425,50 |
| 12) Sondage des voies lacrymales avec injection ou lavage - CAC | 4A31 | 2,00 | 10,00 |
| 13) Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson | 4A32 | 12,55 | 62,50 |
| 14) Stricturotomie du sac lacrymal | 4A33 | 6,55 | 32,60 |
| 15) Dacryocystectomie | 4A34 | 44,25 | 220,50 |
| 16) Dacryocystorhinostomie | 4A35 | 72,95 | 363,50 |
| 17) Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale | 4A36 | 21,80 | 108,60 |
| 18) Extirpation de la glande lacrymale | 4A37 | 52,75 | 262,80 |

Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée

- | | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) Cautérisation superficielle de la conjonctive ou de la cornée; ablation de concrétions conjonctivales - CAC | 4G21 | 4,25 | 21,20 |
| 2) Traitement de granulations trachomateuses | 4G22 | 17,65 | 87,90 |
| 3) Ablation de corps étrangers multiples de la conjonctive ou de la cornée | 4G23 | 4,80 | 23,90 |
| 4) Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant | 4G24 | 6,80 | 33,90 |
| 5) Suture de plaie simple de la conjonctive | 4G25 | 4,25 | 21,20 |
| 6) Recouvrement conjonctival | 4G26 | 25,15 | 125,30 |
| 7) Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre | 4G31 | 26,15 | 130,30 |
| 8) Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre | 4G32 | 70,35 | 350,50 |
| 9) Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations; péritomie | 4G33 | 12,55 | 62,50 |
| 10) Excision de néoformations étendues avec autoplastie | 4G34 | 40,30 | 200,80 |
| 11) Excision de néoformations étendues avec greffe libre | 4G35 | 91,10 | 453,90 |
| 12) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival | 4G36 | 65,00 | 323,80 |
| 13) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger de la chambre antérieure, repérage ophtalmoscopique compris | 4G37 | 72,95 | 363,50 |
| 14) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, (avec ou sans iridectomie) avec extraction d'un corps étranger du segment postérieur, repérage ophtalmoscopique compris | 4G38 | 91,10 | 453,90 |
| 15) Greffe de la cornée ou de la sclérotique | 4G41 | 78,10 | 389,10 |
| 16) Tatouage de la cornée | 4G42 | 21,80 | 108,60 |
| 17) Excision simple d'un ptérygion | 4G43 | 22,70 | 113,10 |
| 18) Excision d'un symblépharon | 4G44 | 40,35 | 201,00 |
| 19) Excision d'un ptérygion avec autoplastie | 4G45 | 44,25 | 220,50 |
| 20) Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne | 4G46 | 83,35 | 415,30 |
| 21) Paracentèse de la cornée, kératectomie | 4G47 | 18,35 | 91,40 |
| 22) Photocoagulation des lésions de l'oeil, première séance pour une période de 3 mois | 4G48 | 21,90 | 109,10 |
| 23) Photocoagulation des lésions de l'oeil, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois | 4G49 | 11,05 | 55,10 |

Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique

- | | | | |
|---|------|-------|--------|
| 1) Extraction de corps étrangers intraoculaires | 4G51 | 67,95 | 338,50 |
|---|------|-------|--------|

	Code	Coeff.	Tarif
2) Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement	4G52	65,35	325,60
3) Capsulectomie pour cataracte	4G53	67,95	338,50
4) Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculectomie, trépanation sclérale, iridencleisis	4G54	70,35	350,50
5) Amputation du segment antérieur	4G55	65,35	325,60
6) Discision pour cataracte	4G61	36,40	181,40
7) Extraction du cristallin	4G62	82,05	408,80
8) Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel	4G63	130,00	647,70
9) Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé	4G64	41,05	204,50
10) Sclérotomie, ponction de la sclérotique	4G65	15,05	75,00
11) Sclérectomie avec ou sans iridectomie	4G66	83,35	415,30
12) Injection intravitréenne transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier	4G67	83,35	415,30

Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur

1) Injection rétro-bulbaire ou para-bulbaire, aussi pour anesthésie loco-régionale (bloc supplémentaire du VII compris) - CAT	4G69	5,77	28,70
2) Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie	4G71	91,10	453,90
3) Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant	4G72	100,25	499,50
4) Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants	4G73	118,50	590,40
5) Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, première séance pour une période de trois mois	4G74	43,90	218,70
6) Traitements des altérations de la rétine (sauf le décollement) par photocoagulation ou par laser, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois	4G75	21,90	109,10

REMARQUE:

Pour les positions 4G74 et 4G75 le médecin doit préciser dans le libellé s'il s'agit du traitement de l'oeil gauche ou de l'oeil droit en ajoutant les lettres OD resp. OG.

Section 6 - Orbité

1) Ténotomie ou allongement plastique d'un muscle de l'orbité	4G81	40,35	201,00
2) Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbité	4G82	65,00	323,80
3) Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbité	4G83	72,95	363,50
4) Moulage du globe ou de la cavité orbitaire, matériel non compris	4G91	8,80	43,80
5) Enucléation, éviscération du globe oculaire	4G92	54,75	272,80
6) Enucléation ou éviscération, moignon artificiel	4G93	67,65	337,10
7) Exentération de l'orbité	4G94	83,35	415,30
8) Opération pour phlegmon de l'orbité	4G95	17,45	86,90
9) Excision d'un kyste dermoïde profond intraorbitaire	4G96	42,75	213,00
10) Orbitotomie avec extractions de corps étrangers ou révision et réduction d'une fracture de l'orbité osseuse	4G97	83,35	415,30
11) Ablation d'une tumeur intraorbitaire, opérations d'accès comprises	4G98	104,10	518,70
12) Greffe tissulaire intraorbitaire	4G99	26,00	129,50

REMARQUE:

Toutes les interventions faites du même côté doivent être considérées comme faites dans le même champ opératoire

Chapitre 5 - Urologie

Section 1 - Explorations électrophysiologiques de l'appareil urinaire

1) Débitmétrie mictionnelle avec enregistrement - CAC	MAQ11	13,05	65,00
2) Location d'appareil	MAQ11X	1,78	8,90
3) Bilan urodynamique y compris la débit-, la cystomano- et la sphinctérométrie	MAQ12	41,74	208,00
4) Bilan urodynamique avec électromyographie périnéale	MAQ13	62,02	309,00

REMARQUE:

Les positions MAQ11, MAQ12 et MAQ13 ne sont ni cumulables entre elles, ni avec une autre position du chapitre 5.

Section 2 - Actes diagnostiques par imagerie de l'appareil urinaire

1) Urographie intra-veineuse	MCH11	9,79	48,80
2) Urographie intra-veineuse avec tomodynamométrie simultanée	MCH12	13,76	68,60
3) Urétéro-pyélographie rétrograde (UPR)	MCH13	30,03	149,60
4) Urétéro-pyélographie rétrograde uni-ou bilatérale ; cathétérisme non compris	MCH14	12,17	60,60
5) Urétéro-cystographie rétrograde avec injection du produit de contraste	MCH15	14,04	70,00
6) Cystographie rétrograde ou par cystostomie	MCQ11	4,81	24,00
7) Urétérographie rétrograde avec injection de produit de contraste	MCH16	16,46	82,00
8) Vésiculo- et/ou déférentographie	MCH17	7,41	36,90

	Code	Coeff.	Tarif
Section 3 - Endoscopie de l'appareil urinaire			
1) Urétéronéphroscopie diagnostique unilatérale	MDE11	76,39	380,60
2) Urétrocystoscopie	MDE12	20,31	101,20
3) Urétrocystoscopie en lumière fluorescente	MDE13	23,10	115,10
4) Endoscopie d'une dérivation urinaire	MDE14	27,74	138,20
REMARQUE:			
Pour les positions MDE11 à MDE14, MPE16 et MZE11 :			
1) L'anesthésie locale est comprise dans l'acte d'endoscopie.			
2) Les différentes positions ne sont pas cumulables entre-elles.			
Section 4 - Ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil urinaire			
1) Une ou plusieurs biopsie(s) testiculaire(s) par abord direct	MGA11	44,56	222,00
2) Frottis urétral - CAC	MGD11	9,11	45,40
3) Une ou plusieurs biopsies du rein avec contrôle échographique, par toute voie d'abord	MGQ11	37,15	185,10
4) Une ou plusieurs biopsies de la vessie, par toute voie d'abord	MGQ12	32,44	161,60
5) Biopsie de l'urètre par toute voie d'abord	MGQ13	30,12	150,10
6) Biopsie prostatique, sous contrôle échographique, par voie transrectale ou transpérinéale	MGQ14	32,44	161,60
7) Biopsie prostatique avec fusion digitale d'images IRM-échographie, par voie transrectale ou transpérinéale	MGQ15	117,03	583,10
8) Examen clinique prostatique urologique avec prélèvement bactériologique - CAC	MGQ16	3,77	18,80
9) Prélèvement de sperme dans les testicules ou l'épididyme, par aspiration ou extraction	MGB11	44,56	222,00
10) Exploration testiculaire, abord ouvert	MHA11	44,56	222,00
REMARQUE:			
Les positions MGD11 et MGQ16 ne sont pas cumulables avec une autre position du chapitre 5.			
Section 5 - Actes thérapeutiques sur le rein			
1) Suture d'une plaie du rein, par toute voie d'abord	MLQ11	135,20	673,60
2) Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique, par abord direct	MLA11	70,03	348,90
3) Sclérothérapie percutanée d'un ou de plusieurs kyste(s) rénal(aux), avec ou sans contrôle par imagerie	MLA12	71,37	355,60
4) Exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) du rein, par lombotomie	MLA13	98,85	492,50
5) Exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) du rein, par coelioscopie	MLC13	117,03	583,10
6) Exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) du rein, par coelioscopie avec assistance robotique	MLR13	117,03	583,10
7) Cryothérapie d'une tumeur rénale, par toute voie d'abord	MLQ12	117,03	583,10
8) Section de l'isthme d'un rein en fer-à-cheval, par toute voie d'abord	MLQ13	211,55	1054,00
9) Pyéloplastie, par lombotomie	MLA14	184,72	920,30
10) Pyéloplastie, par coelioscopie	MLC14	256,80	1279,50
11) Pyéloplastie, par coelioscopie avec assistance robotique	MLR14	256,80	1279,50
12) Néphrolithotomie percutanée, avec contrôle par imagerie, séance initiale	MLA15	232,92	1160,50
13) Néphrolithotomie percutanée, avec contrôle par imagerie, au cours d'une séance ultérieure	MLA16	186,83	930,80
14) Pyélolithotomie, par laparotomie	MLA17	205,41	1023,40
15) Pyélolithotomie, par coelioscopie	MLC17	278,32	1386,70
16) Néphrostomie percutanée unilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique	MLA18	51,17	254,90
17) Néphrostomie percutanée bilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique	MLA19	105,96	527,90
18) Changement de sonde de néphrostomie unilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique	MLD11	18,46	92,00
19) Changement de sondes de néphrostomie bilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique	MLD12	27,74	138,20
20) Néphrectomie simple unilatérale, par laparotomie	MLA21	186,83	930,80
21) Néphrectomie simple unilatérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	MLC21	211,55	1054,00
22) Néphrectomie simple unilatérale, par coelioscopie avec assistance robotique	MLR21	211,55	1054,00
23) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, par voie ouverte	MLA22	353,50	1761,20
24) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, par coelioscopie	MLC22	389,90	1942,60
25) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, par coelioscopie avec assistance robotique	MLR22	389,90	1942,60
26) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, avec cavotomie et thrombectomie, par lombotomie	MLA23	538,63	2683,60
27) Néphrectomie partielle unilatérale, par laparotomie	MLA24	413,00	2057,70
28) Néphrectomie partielle unilatérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie	MLC24	489,20	2437,30
29) Néphrectomie partielle unilatérale, par coelioscopie avec assistance robotique	MLR24	489,20	2437,30
30) Prélèvement d'un greffon de rein sur un donneur vivant, par toute voie d'abord	MLQ14	232,92	1160,50
31) Prélèvement d'un greffon de rein sur un donneur décédé, par toute voie d'abord	MLQ15	117,03	583,10
32) Prélèvement bilatéral de greffons de rein sur un donneur décédé, par toute voie d'abord	MLQ16	184,72	920,30
33) Greffe de rein par toute voie d'abord	MLQ17	317,09	1579,80
Section 6 - Actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures			
1) Exérèse d'une ou plusieurs lésions de l'uretère par toute voie d'abord	MMQ11	210,36	1048,10

	Code	Coeff.	Tarif
2) Urétérolyse, dans le cadre d'une fibrose rétropéritonéale, par toute voie d'abord	MMQ12	450,60	2245,00
3) Dilatation urétérale, avec contrôle par fluoroscopie	MMD11	36,15	180,10
4) Urétéroplastie, ou cure de fistule urétérale, ou cure de sténose urétérale, par toute voie d'abord	MMQ13	232,92	1160,50
5) Incision d'urétérocèle, par voie transurétrale	MME11	47,38	236,10
6) Urétérotomie, par toute voie d'abord	MMQ14	98,85	492,50
7) Urétérostomie cutanée, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	MMA11	133,19	663,60
8) Urétérostomie cutanée, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	MMC11	155,95	777,00
9) Urétérostomie cutanée, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie avec assistance robotique	MMR11	155,95	777,00
10) Changement de sonde d'urétérostomie unilatérale, avec contrôle par imagerie médicale	MMD12	13,75	68,50
11) Changement de sonde d'urétérostomie bilatérale, avec contrôle par imagerie médicale	MMD13	23,03	114,70
12) Trans-urétérostomie par voie ouverte	MMA12	389,90	1942,60
13) Révision urétérale unilatérale sur dérivation urinaire, par toute voie d'abord	MMQ15	366,31	1825,10
14) Révision urétérale bilatérale sur dérivation urinaire, par toute voie d'abord	MMQ16	405,35	2019,60
15) Pose de prothèse urétérale extra-anatomique, uni- ou bilatérale, par toute voie d'abord	MMQ17	163,30	813,60
16) Pose ou changement de sonde urétérale (type sonde JJ) unilatérale, avec contrôle par imagerie médicale	MMD18	36,06	179,70
17) Pose ou changement de sonde urétérale (type sonde JJ) bilatérale, avec contrôle par imagerie médicale	MMD19	63,34	315,60
18) Ablation de sonde urétérale (type sonde JJ) unilatérale, avec ou sans contrôle par imagerie médicale	MMD21	32,81	163,50
19) Ablation de sonde urétérale (type sonde JJ) bilatérale, avec ou sans contrôle par d'imagerie médicale	MMD22	39,86	198,60
20) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale selon Boari, par laparotomie	MMA13	275,97	1375,00
21) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale selon Boari, par coelioscopie	MMC14	309,05	1539,80
22) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale selon Boari, par coelioscopie avec assistance robotique	MMR15	309,05	1539,80
23) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale par "psoas hitch", par laparotomie	MMA16	232,92	1160,50
24) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale par "psoas hitch", par coelioscopie	MMC16	262,20	1306,40
25) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale par "psoas hitch", par coelioscopie avec assistance robotique	MMR16	262,20	1306,40
26) Réimplantation urétérale unilatérale sur vessie orthotopique, par laparotomie	MMA17	186,83	930,80
27) Réimplantation urétérale unilatérale sur vessie orthotopique, par coelioscopie	MMC17	211,55	1054,00
28) Réimplantation urétérale unilatérale sur vessie orthotopique, par coelioscopie avec assistance robotique	MMR17	211,55	1054,00
29) Urétérectomie, par laparotomie	MMA18	205,41	1023,40
30) Urétérectomie, par coelioscopie	MMC18	232,92	1160,50
31) Urétérectomie, par coelioscopie avec assistance robotique	MMR18	232,92	1160,50
32) Remplacement de l'uretère par une anse digestive, par toute voie d'abord	MMQ18	389,90	1942,60

Section 7 - Actes thérapeutiques sur la vessie

1) Cathétérisme de la vessie	MND11	3,58	17,80
2) Pose ou changement de sonde vésicale à demeure, lavage éventuel compris, par voie basse	MND12	6,15	30,60
3) Suture de la vessie, par toute voie d'abord	MNQ11	99,94	497,90
4) Incision du col vésical, par voie endoscopique	MNE11	32,44	161,60
5) Méatotomie avec ou sans méatoplastie, par abord direct	MNA11	41,74	208,00
6) Irrigation manuelle de la vessie, par toute voie d'abord - CAC	MNQ12	9,11	45,40
7) Hydrodistension vésicale	MND13	13,75	68,50
8) Cystotomie, par toute voie d'abord	MNQ13	98,85	492,50
9) Cystostomie sous guidage échographique	MNB11	32,51	162,00
10) Cystostomie cutanée continente, avec ou sans fermeture du col de la vessie, par laparotomie	MNA12	234,68	1169,20
11) Changement d'une sonde de cystostomie, sans échographie	MND14	6,15	30,60
12) Changement d'une sonde de cystostomie, avec échographie	MND15	9,11	45,40
13) Location d'appareil	MND15X	5,04	25,10
14) Exérèse d'une ou plusieurs lésion(s) au niveau de la vessie par voie endoscopique	MNE12	135,20	673,60
15) Exérèse d'une ou plusieurs lésion(s) au niveau de la vessie par voie endoscopique avec fluorescence	MNE13	153,31	763,80
16) Diverticulectomie vésicale, par laparotomie	MNA13	139,76	696,30
17) Diverticulectomie vésicale, par coelioscopie	MNC13	163,30	813,60
18) Diverticulectomie vésicale, par coelioscopie avec assistance robotique	MNR13	163,30	813,60
19) Injection de toxine botulique dans la paroi vésicale par voie transurétrale	MND16	32,44	161,60
20) Instillation médicamenteuse intravésicale, hors indication oncologique, par voie transurétrale	MND17	6,18	30,80
21) Instillation intravésicale de chimio-, immuno- thérapie, pour une indication oncologique, par voie transurétrale	MND18	18,05	89,90
22) Pose d'une ou plusieurs, électrode(s) de neuromodulation sacrée, sous contrôle par imagerie médicale, par toute voie d'abord	YUA18	48,62	242,20
23) Pose de boîtier de neuromodulation sacrée avec contrôle par imagerie médicale par toute voie d'abord - CAT	YUA19	39,50	196,80
24) Ablation d'une ou plusieurs électrode(s) de neuromodulation sacrée par abord direct	YUA21	23,10	115,10
25) Cervicocystopexie, par laparotomie	MNA15	140,58	700,40
26) Cervicocystopexie, par coelioscopie	MNC15	140,58	700,40
27) Cervicocystopexie, par coelioscopie avec assistance robotique	MNR15	140,58	700,40
28) Cure de fistule vésico-entérale, par toute voie d'abord	MNQ17	267,80	1334,30
29) Cure de fistule vésico-vaginale, par toute voie d'abord	MNQ18	215,17	1072,00
30) Cure de cystocèle par pose de prothèse synthétique, ou de bioprothèse, par voie vaginale	MND21	135,84	676,80
31) Cure de cystocèle et rectocèle par pose de prothèses synthétiques, ou de bioprothèses, par voie vaginale	MND22	189,49	944,10
32) Cystectomie partielle, par laparotomie	MNA16	98,85	492,50
33) Cystectomie partielle, par coelioscopie	MNC16	117,03	583,10
34) Cystectomie partielle, par coelioscopie avec assistance robotique	MNR16	117,03	583,10

	Code	Coeff.	Tarif
35) Cystectomie partielle avec entérocytoplastie, par toute voie d'abord	MNQ19	317,09	1579,80
36) Cystectomie totale avec dérivation urinaire externe non continente de Bricker, avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par laparotomie	MNA17	437,87	2181,60
37) Cystectomie totale avec dérivation urinaire externe non continente de Bricker, avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par coelioscopie	MNC17	480,01	2391,60
38) Cystectomie totale avec dérivation urinaire externe non continente de Bricker, avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par coelioscopie avec assistance robotique	MNR17	480,01	2391,60
39) Cystectomie totale avec dérivation urinaire non continente de type Bricker, par toute voie d'abord	MNQ21	480,01	2391,60
40) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par laparotomie	MNA18	674,12	3358,70
41) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par coelioscopie	MNC18	725,74	3615,90
42) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par coelioscopie avec assistance robotique	MNR18	725,74	3615,90
43) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), par toute voie d'abord	MNQ22	699,93	3487,30
44) Cystectomie totale avec urétérostomie, par toute voie d'abord	MNQ23	317,09	1579,80
45) Résection d'un kyste de l'ouraoue, par toute voie d'abord	MNQ24	90,89	452,80
46) Tumorectomie de l'ouraoue avec curage ganglionnaire, par toute voie d'abord	MNQ25	205,41	1023,40

REMARQUES:

- 1) La position MND12 n'est pas cumulable avec une autre position des sections 1, 2, 3, 7, 8 et 9 du chapitre 5.
- 2) Les positions MND11, MNQ12, MND13 et MND17 ne sont pas cumulables avec une autre position du chapitre 5.

Section 8 - Actes thérapeutiques sur l'urètre

1) Suture de l'urètre, avec ou sans suture du corps caverneux, par toute voie d'abord	MPQ11	51,17	254,90
2) Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangréneux (Fournier), par toute voie d'abord	MPQ12	232,92	1160,50
3) Dilatation urétrale, avec ou sans urétrocystoscopie, y compris le contrôle échographique	MPE11	23,03	114,70
4) Résection ou destruction de toutes lésions urétrales (valves, condylomes, tumeurs), par voie transurétrale	MPE12	78,78	392,50
5) Ablation d'un prolapsus (ectropion) de l'urètre	MPD11	32,31	161,00
6) Traitement chirurgical du diverticule sous-urétral	MPA11	117,03	583,10
7) Uréthroplastie termino-terminale, par toute voie d'abord	MPQ13	117,03	583,10
8) Uréthroplastie avec lambeaux, libres ou pédiculés, par toute voie d'abord	MPQ14	232,92	1160,50
9) Uréthroplastie pour hypospadias balanique	MPQ15	232,92	1160,50
10) Uréthroplastie pour hypospadias pénien postérieur ou périnéal	MPQ16	262,20	1306,40
11) Pose de sphincter urinaire artificiel, par toute voie d'abord	MPQ17	232,92	1160,50
12) Révision ou changement d'un sphincter artificiel, par toute voie d'abord	MPQ18	232,92	1160,50
13) Uréctrotomie interne, par voie endoscopique	MPE13	51,17	254,90
14) Uréctrotomie avec méatotomie (selon Otis), par voie endoscopique	MPE14	27,81	138,60
15) Uréctrostomie cutanée	MPE15	163,30	813,60
16) Lithotripsie par urétrocystoscopie	MPE16	62,02	309,00
17) Cure de fistule recto urétrale, par toute voie d'abord	MPQ19	389,90	1942,60
18) Cure de fistule uréto-vaginale, par voie vaginale	MPD12	196,78	980,40
19) Uréctrectomie, par toute voie d'abord	MPQ21	98,85	492,50
20) Implantation de ballons péri urétraux	MPQ12	140,88	701,90
21) Pose de bandelette sous-urétrale chez l'homme	MPC13	90,89	452,80
22) Pose de bandelette sous-urétrale (TVT), par toute voie d'abord	MPQ22	68,12	339,40
23) Pose de bandelette sous-urétrale transobturatrice (TOT), par toute voie d'abord	MPQ23	69,51	346,30
24) Ablation ou reprise de bandelette transobturatrice ou rétopubienne, par toute voie d'abord	MPQ24	66,42	330,90

REMARQUE:

Pour les positions MDE11 à MDE14, MPE16 et MZE11 :

- 1) L'anesthésie locale est comprise dans l'acte d'endoscopie.
- 2) Les différentes positions ne sont pas cumulables entre-elles.

Section 9 - Actes thérapeutiques sur la prostate et les vésicules séminales

1) Ponction d'un abcès prostatique, par voie transrectale	MQB11	32,44	161,60
2) Injection de substances pharmaceutiques dans la prostate, par voie transurétrale ou périnéale	MQQ11	32,44	161,60
3) Pose d'implant intra prostatique, par voie transurétrale	MQP11	51,17	254,90
4) Énucléation d'un adénome prostatique, par toute technique endoscopique	MQE11	262,20	1306,40
5) Destruction d'un adénome de prostate par aquablation	MQP12	99,94	497,90
6) Adénomectomie prostatique, par voie haute, par laparotomie	MQA11	170,44	849,20
7) Adénomectomie prostatique, par voie haute, par coelioscopie	MQC11	228,99	1140,90
8) Adénomectomie prostatique, par voie haute, par coelioscopie avec assistance robotique	MQR11	228,99	1140,90
9) Implantation de marqueurs intra prostatiques en vue d'une radiothérapie externe, avec contrôle échographique, par toute voie d'abord	MQQ12	51,17	254,90
10) Curiothérapie par implantation de grains radioactifs dans la prostate, sous contrôle échographique, par voie périnéale	MQB12	360,42	1795,70
11) Coagulation prostatique, par voie transurétrale	MQP13	54,91	273,60

	Code	Coeff.	Tarif
12) Résection de la prostate (bipolaire ou monopolaire, laser, vaporisation...), par voie transurétrale	MQP14	186,83	930,80
13) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses et curage extensif, par laparotomie	MQA12	275,97	1375,00
14) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses et curage extensif, par coelioscopie	MQC12	353,50	1761,20
15) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses et curage extensif, par coelioscopie avec assistance robotique	MQR12	353,50	1761,20
16) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses, sans curage ganglionnaire, par laparotomie	MQA13	254,74	1269,20
17) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses, sans curage ganglionnaire, par coelioscopie	MQC13	309,05	1539,80
18) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses, sans curage ganglionnaire, par coelioscopie avec assistance robotique	MQR13	309,05	1539,80
19) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses, avec curage extensif, par laparotomie	MQA14	232,92	1160,50
20) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses, avec curage extensif, par coelioscopie	MQC14	331,52	1651,70
21) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses, avec curage extensif, par coelioscopie avec assistance robotique	MQR14	331,52	1651,70
22) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses et sans curage ganglionnaire, par laparotomie	MQA15	232,92	1160,50
23) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses et sans curage ganglionnaire, par coelioscopie	MQC15	309,05	1539,80
24) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses et sans curage ganglionnaire, par coelioscopie avec assistance robotique	MQR15	309,05	1539,80
25) Intervention chirurgicale sur les vésicules séminales, par toute voie d'abord	MQQ13	68,39	340,70
Section 10 - Actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal			
1) Exérèse de kystes sébacés du scrotum	MRA11	31,31	156,00
2) Incision d'abcès scrotal, par abord direct	MRA12	18,39	91,60
3) Excision, totale ou partielle, du scrotum	MRA13	62,02	309,00
4) Cure de cryptorchidie unilatérale, par toute voie d'abord	MRQ11	84,10	419,00
5) Cure de cryptorchidie bilatérale, par toute voie d'abord	MRQ12	139,78	696,40
6) Cure de torsion de cordon spermatique, avec ou sans fixation du testicule controlatéral, par abord scrotal	MRA14	44,56	222,00
7) Orchidopexie unilatérale, par voie scrotale	MRA15	27,81	138,60
8) Orchidopexie bilatérale, par voie scrotale	MRA16	51,17	254,90
9) Cure de varicocèle par ligature de la veine spermatique, avec ou sans phlébographie, par laparotomie	MRA17	76,39	380,60
10) Cure de varicocèle par ligature de la veine spermatique, avec ou sans phlébographie, par coelioscopie	MRC17	90,89	452,80
11) Cure de varicocèle par sclérothérapie, avec phlébographie, par voie scrotale	MRA18	90,89	452,80
12) Cure d'hydrocèle unilatérale, par toute voie d'abord	MRQ13	51,44	256,30
13) Cure d'hydrocèle bilatérale, par toute voie d'abord	MRQ14	70,95	353,50
14) Exérèse unilatérale de spermatocele, par toute voie d'abord	MRQ15	41,74	208,00
15) Exérèse bilatérale de spermatocele, par toute voie d'abord	MRQ16	62,02	309,00
16) Intervention sur le canal déférent, sauf opération de stérilisation ou opération de recanalisation après ligature antérieure, par toute voie d'abord	MRQ17	51,17	254,90
17) Intervention sur les canaux déférents pour contraception masculine, par toute voie d'abord	MRQ23	122,97	612,70
18) Vasovasostomie unilatérale, sous repérage microscopique	MRA19	68,47	341,10
19) Vasovasostomie bilatérale, sous repérage microscopique	MRA21	126,92	632,40
20) Épидидymectomie unilatérale, par toute voie d'abord	MRQ18	51,17	254,90
21) Épидидymectomie bilatérale, par toute voie d'abord	MRQ19	76,39	380,60
22) Orchidectomie simple, avec ou sans prothèse, par voie scrotale	MRA22	60,60	301,90
23) Orchidectomie partielle avec biopsie extemporanée, par voie inguinale	MRA23	146,26	728,70
24) Orchidectomie radicale avec ou sans prothèse, par voie inguinale	MRA24	133,12	663,20
25) Pose d'une prothèse testiculaire unilatérale, par toute voie d'abord	MRQ21	27,81	138,60
26) Pose d'une prothèse testiculaire bilatérale, par toute voie d'abord	MRQ22	51,17	254,90
REMARQUES:			
1) Le code MRQ23 (position 17) ne peut être mis en compte qu'après la date de la mise en compte du code MZQ12, le patient ayant fait état de son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.			
2) Le code MRQ23 (position 17) ne peut être réalisé que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.			
Section 11 - Actes thérapeutiques sur le pénis			
1) Biopsie de la verge, y compris anesthésie locale	MSA11	18,46	92,00
2) Excision d'un ou de plusieurs corps étrangers du pénis	MSB11	41,74	208,00
3) Adhésiolyse du prépuce	MSQ11	13,75	68,50
4) Plastie isolée du frein	MSA12	13,75	68,50
5) Réduction de paraphimosis	MSQ12	9,11	45,40
6) Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge)	MSA13	41,74	208,00

	Code	Coeff.	Tarif
7) Injection isolée de médicament(s) dans le corps caverneux - CAC	MSB12	9,11	45,40
8) Ponction ou évacuation du corps caverneux, par abord direct	MSA14	9,11	45,40
9) Anastomose caverno-spongieuse proximale (shunt pour priapisme), par toute voie d'abord	MSQ13	163,30	813,60
10) Anastomose caverno-spongieuse distale (shunt pour priapisme), par toute voie d'abord	MSQ14	51,17	254,90
11) Traitement de la maladie de La Peyronie, par injection	MSB13	23,17	115,40
12) Intervention pour déviation pénienne en cas de maladie de La Peyronie ou de déformation congénitale, y compris l'exérèse de lésions des corps caverneux du pénis, par abord direct	MSA15	163,30	813,60
13) Pénéctomie sans curage ganglionnaire inguinal, par abord direct	MSA16	117,03	583,10
14) Pénéctomie partielle ou totale avec curage ganglionnaire inguinal, par abord direct	MSA17	217,98	1086,00
15) Reconstruction pénienne avec ou sans fracture de l'urètre	MSQ15	117,03	583,10
16) Pose de prothèse pénienne par implant gonflable, par toute voie d'abord - APCM	MSQ16	232,92	1160,50
17) Pose de prothèse pénienne par implant semi rigide, par toute voie d'abord - APCM	MSQ17	135,20	673,60
18) Changement, révision ou explantation de prothèse pénienne	MSQ18	135,20	673,60

Section 12 - Actes thérapeutiques sur le périnée

1) Exérèse ou vaporisation de condylomes, par voie directe	MTA11	24,88	124,00
2) Pose de pessaire non obstétrical	MTD11	4,82	24,00
3) Ablation ou changement de pessaire non obstétrical	MTD12	4,82	24,00

Section 13 - Autres actes thérapeutiques sur l'appareil urinaire et génital

1) Mise à plat d'abcès ou de collection cutanéomuqueuse urologique	MZA11	13,75	68,50
2) Extraction de corps étranger, y compris le décaillotage vésical, par urétrocystoscopie	MZE11	36,06	179,70
3) Électrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie	MZE12	27,74	138,20
4) Résection ou marsupialisation de collection(s) de la prostate ou de diverticule(s) de l'urètre, par urétrocystoscopie	MZE13	135,20	673,60
5) Lithotripsie extra corporelle sous imagerie médicale	MZQ11	62,97	313,70
6) Cure chirurgicale unilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par laparotomie	MZA12	186,83	930,80
7) Cure chirurgicale unilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie	MZC12	211,55	1054,00
8) Cure chirurgicale unilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie avec assistance robotique	MZR12	211,55	1054,00
9) Cure chirurgicale bilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par laparotomie	MZA13	247,54	1233,30
10) Cure chirurgicale bilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie	MZC13	278,15	1385,80
11) Cure chirurgicale bilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie avec assistance robotique	MZR13	278,15	1385,80
12) Cure de reflux vésico-urétéral par injection de substance hétérologue, par voie endoscopique	MZE14	32,44	161,60
13) Urétéronéphroscopie interventionnelle	MZC14	163,30	813,60
14) Néphro-urétérectomie unilatérale, avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie	MZA15	375,07	1868,70
15) Néphro-urétérectomie unilatérale, avec ou sans curage ganglionnaire, par coelioscopie	MZC15	413,00	2057,70
16) Néphro-urétérectomie unilatérale, avec ou sans curage ganglionnaire, par coelioscopie avec assistance robotique	MZR15	413,00	2057,70
17) Promontofixation antérieure, par laparotomie	MZA16	215,17	1072,00
18) Promontofixation antérieure, par coelioscopie	MZC16	267,80	1334,30
19) Promontofixation antérieure, par coelioscopie avec assistance robotique	MZR16	267,80	1334,30
20) Promontofixation postérieure, par laparotomie	MZA17	267,80	1334,30
21) Promontofixation postérieure, par coelioscopie	MZC17	316,49	1576,80
22) Promontofixation postérieure, par coelioscopie avec assistance robotique	MZR17	316,49	1576,80
23) Spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	MZD11	108,23	539,20
24) Promontofixation antérieure et postérieure, par laparotomie	MZA18	347,50	1731,30
25) Promontofixation antérieure et postérieure, par coelioscopie	MZC18	377,66	1881,60
26) Promontofixation antérieure et postérieure, par coelioscopie avec assistance robotique	MZR18	377,66	1881,60
27) Ablation, ou section, de prothèse synthétique pérvaginale, par voie vaginale	MZD12	69,51	346,30
28) Cure de fistule recto-vaginale, par voie vaginale	MZD19	196,78	980,40
29) Cure de fistule recto-vaginale, par coelioscopie	MZC19	174,84	871,10
30) Cure de fistule recto-vaginale, par coelioscopie avec assistance robotique	MZR19	174,84	871,10

REMARQUE:

Pour les positions MDE11 à MDE14, MPE16 et MZE11 :

- 1) L'anesthésie locale est comprise dans l'acte d'endoscopie.
- 2) Les différentes positions ne sont pas cumulables entre-elles.

Chapitre 6 - Gynécologie

Section 1 - Obstétrique

Sous-section 1 - Examens diagnostiques

1) Cardiotocogramme d'une durée de plus de 20 minutes	NAQ11	7,04	35,10
---	-------	------	-------

	Code	Coeff.	Tarif
2) Cardiocotogramme d'une durée de plus de 20 minutes accompagnant une consultation - CAC	NAQ12	3,52	17,50
3) Etude en continu du segment ST de l'électrocardiogramme (ECG) foetal par moniteur "ST Analysis" (STAN) - CAT	NUQ11	33,46	166,70
4) Epreuve de tolérance foetale à la contraction utérine induite par l'ocytocine (Stress test) - CAT	NAF11	16,73	83,40
5) Echographie d'une grossesse uniembryonnaire au 1er trimestre	NCM11	17,85	88,90
6) Echographie d'une grossesse multiembryonnaire au 1er trimestre	NCM12	33,46	166,70
7) Echographie morphologique d'une grossesse unifoetale au 2ème trimestre	NCM13	55,77	277,90
8) Echographie morphologique d'une grossesse multifoetale au 2ème trimestre	NCM14	93,70	466,80
9) Echographie d'une grossesse unifoetale au 3ème trimestre	NCM15	17,85	88,90
10) Echographie d'une grossesse multifoetale au 3ème trimestre	NCM16	33,46	166,70
11) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéroplacentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance foetale, grossesse unique	NCM17	15,62	77,80
12) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéroplacentaires, des vaisseaux ombilicaux, des grands vaisseaux foetaux ou du Ductus Venosus pour la surveillance d'une souffrance foetale, grossesse multiple	NCM18	31,23	155,60
13) Echographie pour surveillance d'une pathologie foetale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse unique	NCM19	27,89	139,00
14) Echographie pour surveillance d'une pathologie foetale ou d'une malformation sévère documentée, grossesse multiple	NCM21	55,77	277,90
15) Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie foetale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse unique	NCM22	55,77	277,90
16) Echographie de second avis dans le cas d'une pathologie foetale ou malformation sévère diagnostiquée et documentée, grossesse multiple	NCM23	93,70	466,80
17) Echographie en cas de dépassement du terme comprenant foetométrie, doppler des vaisseaux ombilicaux, localisation du placenta, liquide placentaire et mesure du canal cervical du col de l'utérus, grossesse unique	NCM24	17,61	87,70
18) Amniocentèse transabdominale ou transvaginale, frais de matériel et échographie comprise	NGQ11	25,66	127,80
19) Biopsie transabdominale ou transvaginale du trophoblaste, frais de matériel et échographie comprise	NGQ12	25,66	127,80
20) Cordocentèse diagnostique, échographie comprise	NGF11	35,70	177,90
21) Ponction du foetus, frais de matériel et échographie comprise	NGQ13	54,66	272,30
22) Prélèvement de sang foetal au scalp - CAT	NGD11	14,50	72,20
23) Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et la 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiocotogramme et échographie, avec ou sans transfert interhospitalier	NKQ11	44,62	222,30
24) Bilan de prise en charge en hospitalisation d'une pathologie grave liée à la grossesse d'une parturiente entre la 20ème et 37ème semaine d'aménorrhée incluse, y compris frottis vaginal, cardiocotogramme et échographie, après transfert interhospitalier	NKQ12	22,31	111,20

REMARQUES:

- 1) Les codes NAQ11 et NAQ12 (positions 1 et 2) et NCM11 à NCM24 (positions 5 à 17) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Par dérogation à l'article 10, alinéa 1er, point 1), le code NAQ12 (position 2) ne peut être mis en compte qu'avec le code C14.
- 3) Les codes NCM17 et NCM18 (positions 11 et 12) ne peuvent être mis en compte qu'en présence d'une ou de plusieurs indications suivantes :
 - Retard de croissance intra-utérin
 - Hypertension artérielle, pré-éclampsie, éclampsie
 - Anomalie du rythme cardiaque foetal
 - Malformation ou maladie foetale
 - Grossesse multiple avec croissance discordante
 - Maladie maternelle préexistante (hypertonie, néphropathie, diabète, maladie auto-immune)
 - Anémie foetale
 - Infection foetale
 - Hydrops fœtaux
 - Surveillance d'une grossesse multiple
 - Insertion vélamenteuse du cordon ombilical
 - Anomalies d'insertion placentaire.
- 4) Les codes NCM22 et NCM23 (positions 15 et 16) excluent la mise en compte le même jour des codes NCM11, NCM12, NCM13, NCM14, NCM15 et NCM16 (positions 5 à 10).
- 5) Par dérogation à l'article 7, alinéa 2, les codes NKQ11 et NKQ12 (positions 23 et 24) peuvent être mis en compte si la personne séjourne en milieu hospitalier soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale et sous condition qu'il s'agisse du 1er jour d'hospitalisation.
- 6) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 2 - Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement

1) Interruption de grossesse par moyen médicamenteux avant la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD11	22,31	111,20
2) Interruption de grossesse par déclenchement médicamenteux ou curetage entre la fin de la 14ème semaine d'aménorrhée et la fin de la 22ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTQ11	47,97	239,00
3) Foeticide, échographie comprise	NTQ12	66,93	333,50
4) Administration d'un traitement médical de la grossesse extra-utérine ou de la môle hydatiforme	NTQ13	33,46	166,70
5) Curetage évacuateur d'un utérus gravide avant la 14ème semaine d'aménorrhée, échographie comprise	NTD12	30,12	150,10

- 6) Curetage de môle hydatiforme, échographie comprise
7) Réduction embryonnaire, échographie comprise

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
NTD13	33,46	166,70
NTQ14	31,08	154,80

REMARQUES:

- 1) Les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14 (positions 1, 2, 5, 6 et 7) ne sont pas cumulables avec le code NND16.
2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 3 - Actes obstétricaux pendant la période prénatale

- 1) Cerclage de col, par voie vaginale
2) Cerclage de col, par laparotomie
3) Ablation de cerclage de col, par voie vaginale - CAT
4) Pose d'un pessaire obstétrical
5) Ablation d'un pessaire obstétrical
6) Ponction de décharge amniotique, échographie comprise
7) Remplissage du liquide amniotique, échographie comprise
8) Version par manoeuvre externe, échographie et cardiocotogramme compris

NUD11	27,89	139,00
NUA11	66,93	333,50
NUD12	6,69	33,30
NUD13	11,15	55,60
NUD14	4,46	22,20
NUQ12	33,46	166,70
NUQ13	33,46	166,70
NUQ14	44,62	222,30

REMARQUE:

L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 4 - Actes thérapeutiques sur le fœtus

- 1) Cordocentèse thérapeutique, échographie comprise
2) Mise en place sur le fœtus d'un cathéter, échographie comprise
3) Mise en place sur le fœtus de deux cathéters, échographie comprise

NYF11	78,08	389,00
NYQ11	55,77	277,90
NYQ12	89,24	444,60

REMARQUE:

L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes de la présente sous-section.

Sous-section 5 - Actes obstétricaux pendant le travail et l'accouchement

- 1) Tentative de déclenchement du travail par moyen médicamenteux ou mécanique, par période de 24 heures pour une durée maximale ne pouvant excéder 72 heures, soit 1 à 3 périodes maximum - CAT
2) Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation céphalique, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus
3) Accouchement monofoetal assisté par ventouse ou forceps, par voie basse en présentation céphalique, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus
4) Accouchement monofoetal normal par voie basse en présentation du siège, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus
5) Accouchement multiple normal par voie basse, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus
6) Accouchement multiple assisté par ventouse, forceps ou manoeuvre par voie basse, cardiocotogramme et suture de déchirure périnéale 1er et 2nd degré inclus
7) Césarienne programmée, hors urgence, cardiocotogramme inclus, par laparotomie
8) Césarienne non programmée, en urgence en dehors du travail, cardiocotogramme inclus, par laparotomie
9) Césarienne non programmée, au cours du travail, cardiocotogramme inclus, par laparotomie

NVQ11	17,85	88,90
NVD11	116,64	581,10
NVD12	125,34	624,50
NVD13	129,69	646,20
NVD14	153,93	766,90
NVD15	162,63	810,30
NVA11	106,28	529,50
NVA12	127,41	634,80
NVA13	122,23	609,00

REMARQUES:

- 1) Le code NVQ11 (position 1) ne se cumule pas avec le code NVA11 et NVA12 (positions 7 et 8).
2) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) de la présente sous-section ne sont pas cumulables entre eux et un acte de la présente sous-section est cumulable avec au maximum 2 codes de la sous-section 6, section 1re du chapitre 6.
3) Les codes NVD11, NVD12, NVD13, NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 2 à 9) excluent la mise en compte des codes V20 à V26.
4) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, les codes NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 7 à 9) sont cumulables avec le code NZC12.
5) Les majorations prévues à l'article 8, alinéa 1er ne s'appliquent pas au code NVA11 (position 7).
6) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NVD14, NVD15, NVA11, NVA12 et NVA13 (positions 5 à 9).

Sous-section 6 - Traitement des complications immédiates de l'accouchement

- 1) Suture d'une déchirure obstétricale du col de l'utérus - CAT
2) Suture d'une déchirure obstétricale vaginale haute - CAT
3) Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus
4) Suture d'une déchirure obstétricale périnéale avec atteinte du sphincter externe de l'anus et rupture de la paroi ano-rectale antérieure
5) Mise à plat d'un hématome périnéal ou vaginal d'origine obstétricale, par abord direct
6) Décollement manuel du placenta
7) Révision utérine
8) Pose d'un ballon de Bakri, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta

NXD11	20,08	100,00
NXD12	20,08	100,00
NXD13	30,12	150,10
NXD14	66,93	333,50
NXA11	33,46	166,70
NXD15	22,31	111,20
NXD16	17,85	88,90
NXD17	89,24	444,60

	Code	Coeff.	Tarif
9) Chirurgie conservatrice de l'hémorragie du post-partum, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ11	167,32	833,60
10) Hystérectomie d'hémostase, y compris la révision utérine ou le décollement manuel du placenta et l'éventuelle pose d'un ballon de Bakri	NXQ12	200,79	1000,40
11) Traitement manuel d'une inversion utérine	NXD18	44,62	222,30
12) Chirurgie d'une inversion utérine, par laparotomie	NXA12	100,39	500,20
13) Chirurgie d'une rupture utérine, par laparotomie	NXA13	111,55	555,80

REMARQUES:

- 1) Le code NXD17 (position 8) n'est pas cumulable avec les codes NXD15 et NXD16 (position 6 et 7).
- 2) Le code NXQ11 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16 et NXD17 (positions 6, 7 et 8).
- 3) Le code NXQ12 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes NXD15, NXD16, NXD17 et NXQ11 (positions 6, 7, 8 et 9).
- 4) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NXD15 et NXD16 (positions 5 et 6).
- 5) Par dérogation à l'article 9, alinéa 1er et en présence de la mise en compte d'un forfait d'accouchement, les codes de la présente sous-section se cumulent entre eux à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour le deuxième acte. Les actes suivant le deuxième acte de la présente sous-section ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin note le tarif réduit en application de la présente disposition sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre « R ». Par dérogation à ce qui précède, s'il s'agit d'un cumul avec un des codes NXD11 ou NXD12 (positions 1 et 2), le cumul se fait à plein tarif.

Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement

Sous-section 1 - Examens diagnostiques

1) Echographie gynécologique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes	NCM25	12,20	60,80
2) Echographie gynécologique du pelvis par voie transvaginale	NCM26	18,36	91,50
3) Echographie gynécologique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse	NCM27	18,36	91,50
4) Examen échographique des glandes mammaires	NCM28	12,20	60,80
5) Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique en gynécologie-obstétrique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "échographie comprise")	NCM29	6,12	30,50
6) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler continu et pulsé des glandes mammaires ou du pelvis	NCM31	11,91	59,30
7) Prélèvement cervico-vaginal bactériologique - CAC	NGD12	3,28	16,30
8) Prélèvement cervico-vaginal cytologique, maximum un tous les 36 mois, dans le chef de la patiente- CAC	NGD13	3,28	16,30
9) Biopsie vulvaire - CAC	NGA11	10,04	50,00
10) Biopsie vaginale - CAC	NGD14	10,04	50,00
11) Biopsie du col de l'utérus	NGD15	17,45	86,90
12) Biopsie de l'endomètre - CAC	NGE11	9,91	49,40
13) Biopsies profondes de l'endomètre et du myomètre, par hystérocopie interventionnelle	NGE12	36,81	183,40
14) Colposcopie, avec ou sans biopsie	NDE11	17,45	86,90
15) Hystérocopie diagnostique, avec ou sans biopsie	NDE12	16,73	83,40
16) Hystérocopie diagnostique, hydrolaparoscopie transvaginale avec épreuve de perméabilité tubaire et salpingoscopie	NDP11	73,62	366,80
17) Coelioscopie diagnostique avec ou sans hystérocopie diagnostique, avec ou sans épreuve de perméabilité tubaire	NDP12	68,05	339,00

REMARQUES:

- 1) Les codes NCM25, NCM26, NCM27, NCM28, NCM29 et NCM31 (positions 1 à 6) ne peuvent être mis en compte que par les médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- 2) Le code NCM26 (position 2) ne peut pas être mis en compte dans le cadre de la datation d'une grossesse.
- 3) Le code NGD13 (position 8) ne peut être mis en compte que tous les 36 mois dans le chef de la patiente dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, sauf en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 4) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte qu'après la réalisation d'un prélèvement cervicovaginal cytologique (position 8) dont le résultat présente une anomalie cytologique ou 2 cytologies sans lecture univoque ou en cas de surveillance d'une lésion avérée selon les critères définis par le Conseil scientifique.
- 5) Le code NDE11 (position 14) ne peut être mis en compte que pour une patiente âgée de 25 à 69 ans.
- 6) Le code NDE11 (position 14) n'est pas cumulable avec les codes NGD12, NGD13, NGD15, NGE11 et NQA22.
- 7) L'assistance opératoire ne peut être mise en compte que pour les codes NDP11 et NDP12 (positions 16 et 17).

Sous-section 2 - Actes thérapeutiques sur les annexes de l'utérus

1) Perforations multiples des ovaires, par coelioscopie	NLC11	90,36	450,20
2) Transposition uni- ou bilatérale de l'ovaire, par coelioscopie	NLC12	123,82	616,90
3) Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par laparotomie	NLA11	93,70	466,80
4) Kystectomie(s) ovarienne(s) unilatérale(s), par coelioscopie	NLC13	116,46	580,20

	Code	Coeff.	Tarif
5) Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par laparotomie	NLA12	113,78	566,90
6) Kystectomie(s) ovarienne(s) bilatérale(s), par coelioscopie	NLC14	140,55	700,30
7) Ovariectomie unilatérale, par laparotomie	NLA13	87,01	433,50
8) Ovariectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC15	108,43	540,20
9) Ovariectomie bilatérale, par laparotomie	NLA14	97,05	483,50
10) Ovariectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC16	120,47	600,20
11) Salpingectomie unilatérale, par laparotomie	NLA15	83,66	416,80
12) Salpingectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC17	104,41	520,20
13) Salpingectomie bilatérale, par laparotomie	NLA16	90,36	450,20
14) Salpingectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC18	114,45	570,20
15) Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA17	80,32	400,20
16) Salpingotomie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC19	100,39	500,20
17) Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA18	125,16	623,60
18) Salpingonéostomie ou fimbrioplastie unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC21	165,76	825,90
19) Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord	NZC11	95,93	478,00
20) Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne	NZC12	16,73	83,40
21) Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par laparotomie	NLA19	150,37	749,20
22) Anastomose tubo-tubaire unilatérale, par coelioscopie	NLC22	232,02	1156,00
23) Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par laparotomie	NLA21	190,30	948,10
24) Anastomose tubo-tubaire bilatérale, par coelioscopie	NLC23	298,95	1489,50
25) Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie	NLA22	97,05	483,50
26) Évacuation de collection de l'annexe ou du ligament large, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie	NLC24	117,80	586,90
27) Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par laparotomie	NLA23	100,39	500,20
28) Détorsion d'une annexe avec ou sans kystectomie, avec ou sans tumorectomie, avec ou sans ovariopexie, par coelioscopie	NLC25	123,15	613,60
29) Annexectomie unilatérale, par laparotomie	NLA24	97,05	483,50
30) Annexectomie unilatérale, par coelioscopie	NLC26	117,80	586,90
31) Annexectomie bilatérale, par laparotomie	NLA25	113,78	566,90
32) Annexectomie bilatérale, par coelioscopie	NLC27	137,88	687,00
33) Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA26	319,93	1594,00
34) Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, exploration de la cavité abdominale, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC28	365,21	1819,60
35) Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par laparotomie	NLA27	450,66	2245,30
36) Annexectomie unilatérale ou bilatérale, avec ou sans hystérectomie, résection du péritoine pelvien, résection de greffes métastatiques péritonéales de la grande cavité abdominale y compris les coupoles diaphragmatiques, omentectomie, pour cancer de l'ovaire sur ovaire(s) restant(s), par coelioscopie	NLC29	506,21	2522,10
37) Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra-rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par laparotomie	NLA28	450,66	2245,30
38) Hystérectomie avec salpingo-ovariectomie bilatérale, omentectomie infragastrique et curage ganglionnaire du ligament de Cooper jusqu'au niveau infra-rénal (pelvien et lombo-aortique), avec ou sans appendicectomie, par coelioscopie	NLC31	566,67	2823,30

REMARQUES:

- 1) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être réalisés que dans le cadre du programme de médecine préventive et d'accès universel aux contraceptifs sur le plan national.
- 2) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 19 et 20) ne peuvent être mis en compte qu'après la date de la mise en compte du code NZQ12, la patiente ayant fait état de son consentement préalable, libre et éclairé, donné à la suite d'une information adéquate.
- 3) Par dérogation à l'article 19, alinéa 2, le code NZC12 (position 20) est cumulable avec les codes NVA11, NVA12 et NVA13.

Sous-section 3 - Actes thérapeutiques sur l'utérus

1) Cerclage de l'isthme utérin en dehors de la grossesse, par laparotomie	NNA11	68,05	339,00
2) Cerclage de l'isthme utérin en dehors de la grossesse, par coelioscopie	NNC11	98,61	491,30
3) Cerclage de l'isthme utérin en dehors de la grossesse, par voie vaginale	NND11	45,74	227,90
4) Résection de la totalité du col de l'utérus, par laparotomie	NNA12	68,27	340,10
5) Résection de la totalité du col de l'utérus, par coelioscopie	NNC12	99,28	494,60
6) Résection de la totalité du col de l'utérus, par voie vaginale	NND12	46,85	233,40
7) Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNP11	336,88	1678,40
8) Trachélectomie élargie par voie vaginale avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNP12	425,67	2120,80
9) Mise à plat d'un kyste adénomyosique intramural, par hystéroscopie interventionnelle	NNE11	53,54	266,80
10) Curetage utérin sur utérus non gravide	NNE12	30,12	150,10
11) Résection d'un myome, par hystéroscopie interventionnelle	NNE13	82,77	412,40
12) Résection d'un myome pédiculé, par laparotomie	NNA13	60,68	302,30

	Code	Coeff.	Tarif
13) Résection d'un myome pédiculé, avec morcellement, par coelioscopie	NNC13	115,12	573,60
14) Résection d'un myome unique intramural, par laparotomie	NNA14	89,46	445,70
15) Résection d'un myome unique intramural, avec morcellement, par coelioscopie	NNC14	230,24	1147,10
16) Résection de myomes multiples, par laparotomie	NNA15	164,20	818,10
17) Résection de myomes multiples, avec morcellement, par coelioscopie	NNC15	250,76	1249,40
18) Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par laparotomie	NZA14	150,59	750,30
19) Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris la destruction d'un ou de plusieurs endométriomes, par coelioscopie	NZC13	214,18	1067,10
20) Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par laparotomie	NZA15	243,18	1211,60
21) Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s), y compris l'exérèse de lésions de la cloison rectovaginale, par coelioscopie	NZC14	310,55	1547,30
22) Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par laparotomie	NZA16	100,39	500,20
23) Destruction et/ou exérèse de lésion(s) endométriosique(s) superficielle(s) du péritoine, avec ou sans adhésiolyse pelvienne, avec ou sans biopsie, par coelioscopie	NZC15	107,09	533,60
24) Résection d'une corne utérine, par laparotomie	NNA16	100,39	500,20
25) Résection d'une corne utérine, par coelioscopie	NNC16	123,15	613,60
26) Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par laparotomie	NNA17	160,63	800,30
27) Unification du corps utérin d'un utérus bicorne, par coelioscopie	NNC17	191,42	953,70
28) Exérèse d'un héli-utérus malformé, par laparotomie	NYA11	153,94	767,00
29) Exérèse d'un héli-utérus malformé, par coelioscopie	NYC11	184,73	920,40
30) Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par laparotomie	NNA18	146,80	731,40
31) Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par coelioscopie	NNC18	215,07	1071,50
32) Hystérectomie avec ou sans conservation du col, avec ou sans annexectomie uni-ou bilatérale, par voie vaginale	NND13	149,25	743,60
33) Hystérectomie élargie, par laparotomie	NNA19	243,18	1211,60
34) Hystérectomie élargie, par coelioscopie	NNC19	313,90	1563,90
35) Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par laparotomie	NNA21	389,31	1939,70
36) Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien bilatéral, par coelioscopie	NNC21	491,71	2449,80
37) Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et paraaortique, par laparotomie	NNA22	375,48	1870,80
38) Hystérectomie élargie avec curage ganglionnaire pelvien et paraaortique, par coelioscopie	NNC22	528,08	2631,10
39) Cure d'une isthmocèle, par laparotomie	NNA23	100,39	500,20
40) Cure d'une isthmocèle, par coelioscopie	NNC23	131,63	655,80
41) Cure d'une isthmocèle, par voie vaginale	NND14	100,39	500,20
42) Conisation du col par toutes techniques, avec curetage endocervical, par voie vaginale	NND15	36,81	183,40
43) Dilatation du col, par voie vaginale	NND16	13,83	68,90
44) Ablation d'un polype du col, par voie vaginale (avec analyse histologique) - CAC	NND17	8,92	44,40
45) Ablation d'un polype du col, par hystéroscopie interventionnelle	NNE14	50,20	250,10
46) Résection d'un ou plusieurs polypes endométriaux, par hystéroscopie interventionnelle	NNE15	44,17	220,10
47) Destruction de la muqueuse utérine par thermocontact, y compris la biopsie endométriale, par voie vaginale	NND18	40,16	200,10
48) Ablation endométriale par coagulation et/ou résection avec prétraitement de la muqueuse, par hystéroscopie interventionnelle	NNE16	59,79	297,90
49) Section d'une cloison intra-utérine, avec ou sans section de la partie dans l'endocol, par hystéroscopie interventionnelle avec ou sans résection d'une cloison vaginale par voie vaginale	NNP13	73,62	366,80
50) Ablation d'un dispositif intra-utérin, avec ou sans hystéroscopie interventionnelle	NNE17	33,46	166,70
51) Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par laparotomie	NZA17	46,85	233,40
52) Ablation d'un dispositif intra-utérin migré dans la cavité abdominale, par coelioscopie	NZC16	63,36	315,70
53) Cure de synéchies partielles, par hystéroscopie interventionnelle	NNE18	53,54	266,80
54) Cure de synéchies complètes, par hystéroscopie interventionnelle	NNE19	113,78	566,90
55) Dissection d'une cloison intra-utérine sans présence d'une cloison dans le col ou d'une cloison vaginale, par hystéroscopie interventionnelle	NNE21	53,54	266,80

REMARQUES:

1) Le code NND16 (position 43) n'est pas cumulable avec les codes NTD11, NTQ11, NTD12, NTD13 et NTQ14.

2) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NNE11, NNE12, NNE13, NND15, NND16, NND17, NNE14, NNE15, NND18, NNE16, NNP13, NNE17 et NNE18 (positions 9 à 11, 42 à 50 et 53).

Sous-section 4 - Actes thérapeutiques sur le vagin

1) Incision ou résection de l'hymen, par voie vaginale	NPA11	30,12	150,10
2) Colpotomie d'élargissement	NPD11	30,12	150,10
3) Ablation de corps étranger du vagin, par vaginoscopie	NPE11	19,86	98,90
4) Résection d'une lésion vaginale par toutes techniques, par voie vaginale	NPD12	28,11	140,10
5) Colpectomie totale ou subtotale par voie vaginale	NPD13	106,64	531,30
6) Colpectomie totale ou subtotale assistée par coelioscopie ou laparotomie	NPQ11	136,31	679,10
7) Colpopérinéorrhaphie antérieure (cure de cystocèle), par voie vaginale	NPD14	73,62	366,80

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
8) Colpopérinéorraphie postérieure, par voie vaginale	NPD15	73,62	366,80
9) Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure, par voie vaginale	NPD16	117,80	586,90
10) Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure avec spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD17	194,10	967,10
11) Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure avec hystérectomie, par voie vaginale	NPD18	187,85	935,90
12) Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure, avec hystérectomie et spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale	NPD19	269,32	1341,80
13) Création d'un néovagin, par toute voie d'abord	NPQ12	218,19	1087,10
14) Evacuation de collection abdominale, par colpotomie	NPA12	33,46	166,70

REMARQUE:

L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NPA11, NPD11 et NPE11 (positions 1 à 3).

Sous-section 5 - Actes thérapeutiques sur la vulve

1) Incision ou ponction d'un abcès de la glande de Bartholin avec ou sans marsupialisation, avec ou sans échographie	NQA11	30,12	150,10
2) Exérèse de la glande de Bartholin ou autre kyste vulvaire, par abord direct	NQA12	33,11	165,00
3) Résection d'une lésion vulvaire par toutes techniques, par abord direct	NQA13	26,77	133,40
4) Nymphoplastie unilatérale, par abord direct	NQA14	44,40	221,20
5) Nymphoplastie bilatérale, par abord direct	NQA15	68,05	339,00
6) Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie sans curage ganglionnaire, par abord direct	NQA16	74,96	373,50
7) Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse unilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA17	196,33	978,20
8) Vulvectomie partielle ou hémi-vulvectomie avec curage ganglionnaire inguinal avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA18	266,60	1328,30
9) Vulvectomie totale avec curage ganglionnaire avec ou sans exérèse bilatérale du ganglion sentinelle, par abord direct	NQA19	310,11	1545,10
10) Vulvectomie totale sans curage ganglionnaire bilatéral, par abord direct	NQA21	128,28	639,10
11) Suture de plaie de la vulve ou du vagin, en dehors de la grossesse	NQA22	30,12	150,10
12) Incision de collection ou d'hématome vulvo-périnéal ou vaginal	NZQ15	27,89	139,00
13) Hyménectomie, par voie vaginale	NZD14	30,12	150,10

REMARQUES:

- 1) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec les actes prévus à la deuxième partie « Actes techniques », chapitre 6 « Gynécologie », section 1re « Obstétrique ».
- 2) Le code NQA22 (position 11) n'est pas cumulable avec le code NDE11.
- 3) L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour les codes NQA11, NQA13 et NZD14 (positions 1, 3 et 13).

Sous-section 6 - Autres actes thérapeutiques en gynécologie

1) Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'à la bifurcation de l'artère iliaque interne et externe, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC17	271,96	1355,00
2) Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau iliaque commun, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC18	288,24	1436,10
3) Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra-mésentérique, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC19	365,21	1819,60
4) Stadification avec curage ganglionnaire pelvien jusqu'au niveau infra-rénal, avec ou sans transposition des ovaires, par coelioscopie	NZC21	459,36	2288,70
5) Stadification avec analyse cytologique de l'ascite, biopsie ou résection des ovaires, et biopsies péritonéales multiples, par toute voie d'abord	NZQ16	87,01	433,50
6) Curage ganglionnaire lombo-aortique dans le cadre d'un acte de chirurgie cancérologique gynécologique	NZQ17	340,90	1698,50
7) Curage ganglionnaire pelvien dans le cadre d'un acte de chirurgie cancérologique gynécologique	NZQ18	208,82	1040,40
8) Curage ganglionnaire sentinelle dans le cadre d'un acte de chirurgie cancérologique gynécologique	NZQ19	190,75	950,40
9) Omentectomie, par laparotomie	NZA18	124,04	618,00
10) Omentectomie, par coelioscopie	NZC22	196,33	978,20
11) Adhésiolyse, par laparotomie	NZA19	100,39	500,20
12) Adhésiolyse, par coelioscopie	NZC23	121,81	606,90
13) Destruction de lésions au niveau de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus par toutes techniques, par voie vaginale	NZQ21	24,54	122,30

REMARQUE:

L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour le code NZQ21 (position 13).

Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité

1) Hétéro-insémination artificielle	6F11	9,85	49,10
2) Ponction folliculaire sous contrôle échographique	6F12	66,00	328,80
3) Transfert d'embryon	6F13	34,00	169,40

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
Section 4 - Forfait pour frais d'utilisation d'appareil			
1) Echographe Classe I	NCJ11		45,00
2) Montant réduit pour échographe Classe I	NCJ12		5,00
3) Echographe Classe II	NCJ21		80,00
4) Montant réduit pour échographe Classe II	NCJ22		5,00
5) Echographe Classe III	NCJ31		105,00
6) Montant réduit pour échographe Classe III	NCJ32		5,00
7) Cardiotocographe	NCJ41		10,00
8) Montant réduit pour cardiotocographe	NCJ42		2,00
REMARQUES:			
1) L'échographe Classe I (positions 1 et 2) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 20 000,00 euros et 59 999,99 euros.			
2) L'échographe Classe II (positions 3 et 4) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe entre 60 000,00 euros et 89 999,99 euros.			
3) L'échographe Classe III (positions 5 et 6) couvre tous les appareils échographes dont la valeur d'acquisition se situe au-delà de 90 000,00 euros. Pour la fixation du forfait à montant plein, sont intégrés les appareils jusqu'à hauteur de 110 000 euros.			
4) Le seuil d'activité de référence pour tous les échographes est fixé à 200.			
5) Le seuil d'activité de référence pour le cardiotocographe est fixé à 100.			
6) Pour la mise en compte du montant plein du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 1, tel qu'il figure aux positions 1, 3, 5 et 7. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.			
7) Pour la mise en compte du montant réduit du forfait pour frais d'utilisation d'appareil, le code à utiliser est le code à 4 positions complété par le suffixe 2, tel qu'il figure aux positions 2, 4, 6 et 8. L'ajout du suffixe ne déclenche pas une multiplication du montant par un coefficient.			
Chapitre 7 - Anesthésie - Réanimation			
Section 1 - Anesthésie générale			
1) Anesthésie générale de courte durée (moins de cinq minutes) par un seul moyen d'anesthésie, faite par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, sans nécessité de soins subséquents	7A11	13,01	64,80
REMARQUE: Pour les autres anesthésies générales faites par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, voir article 12			
2) Anesthésie générale faite par un médecin non spécialiste en anesthésie-réanimation (non cumulable avec un autre acte)	7A12	8,90	44,30
Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale			
1) Surveillance de la circulation extracorporelle en chirurgie cardiaque	7A21	91,63	456,50
2) Intubation endobronchique en chirurgie endothoracique	7A22	16,21	80,80
3) Technique de transfusion autologue de sang par hémodilution préopératoire	7A23	18,32	91,30
4) Technique de transfusion autologue de sang par technique type cell-saver ou Stryker	7A24	18,32	91,30
REMARQUE: Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1.			
Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation			
1) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation appelé par un autre médecin spécialiste pour un malade à fonction vitale gravement atteinte, acte isolé	7A41	9,76	48,60
2) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation appelé par un autre médecin spécialiste pour un malade à fonction vitale gravement atteinte, la nuit entre 22 et 7 heures, acte isolé	7A42	15,30	76,20
3) Anesthésie péridurale continue ou anesthésie continue d'un tronc ou plexus nerveux, avec mise en place d'un cathéter permanent, pour traitement de douleurs rebelles, en dehors de toute intervention, pour une période maximale de cinq jours	7A43	30,80	153,50
4) Oxygénothérapie hyperbare, séance d'au moins une heure, y compris la surveillance par tous procédés, à une pression de 2 à 3 bares absolues; cumulable avec le forfait journalier d'hospitalisation par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation	7A44	19,90	99,10
Section 4 - Urgences extra-hospitalières			
REMARQUE: Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1.			
1) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voiture SAMU pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation	7A61	39,89	198,70
2) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voie aérienne pour accident ou maladie	7A62	39,89	198,70

	Code	Coeff.	Tarif
aiguë avec mesures de réanimation			
3) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par route	7A71	66,96	333,60
4) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A72	28,70	143,00
5) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne	7A73	43,04	214,40
6) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A74	14,35	71,50
7) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par route, au-delà de 30 km	7A75	17,98	89,60
8) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation de plus de 15 minutes après l'arrivée par SAMU à l'hôpital d'un malade non hospitalisé au service de réanimation de cet hôpital	7A76	16,93	84,40
9) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né, par route, pour une distance de moins de 15 km	7A80	39,89	198,70
10) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né, par route, à partir de 15 km	7A81	66,96	333,60
11) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par route à l'étranger du médecin spécialiste en pédiatrie, par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A82	28,70	143,00
12) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né par voie aérienne	7A83	43,04	214,40
13) Supplément pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne à l'étranger du médecin spécialiste en pédiatrie par tranche de 100 km à partir de la frontière pour trajet aller-retour	7A84	14,35	71,50
14) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en pédiatrie, par route, au-delà de 30 km	7A85	17,98	89,60
Section 5 - Anesthésie péridurale			
1) Anesthésie péridurale pour accouchement de jour	7A95	66,80	332,80
2) Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal	7A96	116,90	582,40
REMARQUES:			
1) Les positions 7A95 et 7A96 ne peuvent pas être majorées en vertu de l'article 8 relatif à la majoration du tarif des actes techniques.			
2) Par anesthésie péridurale pour accouchement de nuit la position 7A96, il y a lieu d'entendre l'acte presté entre 20 heures et 7 heures.			
3) Les positions 7A95 et 7A96 excluent la mise en compte des positions V20 à V26.			
Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie			
Section 1 - Radiodiagnostic			
<i>Sous-section 1 - Films</i>			
a) Films			
1) Film 9/13	8F10M	0,79	3,90
2) Film 13/18	8F11M	1,02	5,10
3) Film 18/24	8F12M	1,21	6,00
4) Film 15/40	8F13M	1,26	6,30
5) Film 20/40	8F14M	1,68	8,40
6) Film 24/30	8F15M	1,68	8,40
7) Film 30/40	8F16M	2,05	10,20
8) Film 35/35	8F17M	2,01	10,00
9) Film 36/43	8F18M	2,38	11,90
10) Film 40/40	8F19M	2,05	10,20
b) Supplément pour exposition multiple			
11) Exposition en 2 plans	8F31M	0,28	1,40
12) Exposition en 3 plans	8F32M	0,42	2,10
13) Exposition en 4 plans	8F33M	0,56	2,80
<i>Sous-section 2 - Squelette</i>			
REMARQUE:			
Les tarifs des différentes positions de radiodiagnostic de la sous-section 2 ne peuvent être mis en compte qu'une seule fois, sauf l'examen simultané du même segment de deux membres ou l'examen bilatéral des rochers (8S42). Ce tarif inclut toutes les incidences.			
a) Membres			
1) Rx doigts et/ou main - CAC	8S01	4,01	20,00
2) Rx poignet - CAC	8S02	4,01	20,00

	Code	Coeff.	Tarif
3) Rx avant-bras - CAC	8S03	4,01	20,00
4) Rx coude - CAC	8S04	4,01	20,00
5) Rx humérus - CAC	8S05	4,01	20,00
6) Rx épaule et/ou clavicule - CAC	8S06	4,01	20,00
7) Rx orteils et/ou pied - CAC	8S13	4,01	20,00
8) Rx cheville - CAC	8S14	4,01	20,00
9) Rx jambe - CAC	8S15	4,01	20,00
10) Rx genou - CAC	8S16	4,01	20,00
11) Rx fémur - CAC	8S18	4,01	20,00
12) Rx bassin - CAC	8S22	4,01	20,00
13) Rx hanche - CAC	8S23	4,01	20,00
14) Radiomensurement ou mesure des axes des 2 membres inférieurs	8S24	12,03	59,90
15) Supplément pour épreuves dynamiques à la recherche de lésions ligamentaires des articulations des membres - CAC	8S25	2,01	10,00
16) Radiographie comparative du segment controlatéral - CAC	8S26	2,01	10,00
b) Tête et thorax			
1) Rx crâne - CAC	8S40	4,01	20,00
2) Rx sinus faciaux, squelette facial - CAC	8S41	4,01	20,00
3) Rx crâne, poses spéciales du rocher ou de l'orbite - CAC	8S42	4,01	20,00
4) Orthopantomographie	8S45	5,41	27,00
5) Rx sternum - CAC	8S51	4,01	20,00
6) Rx côtes, gril costal - CAC	8S52	4,01	20,00
c) Colonne vertébrale			
1) Rx colonne cervicale, toutes incidences - CAC	8S61	6,02	30,00
2) Rx colonne dorsale, toutes incidences - CAC	8S62	4,01	20,00
3) Rx colonne lombaire, toutes incidences - CAC	8S63	6,02	30,00
4) Rx sacrum et/ou coccyx et/ou articulations sacro-iliaques - CAC	8S64	4,01	20,00
5) Rachis dans son entier en téléradiographie, face et profil	8S65	12,03	59,90
6) Supplément pour épreuves dynamiques de la colonne cervicale, en cas de traumatisme - CAC	8S66	2,01	10,00
d) Arthrographie, discographie			
1) Arthrographie, ponction non comprise	8S81	9,79	48,80
2) Arthrographie, ponction articulaire et injection comprises	8S82	16,14	80,40
3) Arthrographie de la hanche, ponction articulaire et injection comprises	8S83	20,28	101,00
4) Discographie, un ou plusieurs niveaux, ponction non comprise	8S85	9,56	47,60
5) Discographie, ponction des disques et injection comprises	8S86	28,91	144,00
<i>Sous-section 3 - Organes de la tête, du cou et du thorax</i>			
1) Lacrymographie; injection non comprise	8V10	7,22	36,00
2) Lacrymographie, sondage des voies lacrymales et injection compris	8V11	9,10	45,30
3) Sialographie; injection non comprise	8V12	9,79	48,80
4) Sialographie, sondage et injection compris	8V13	13,06	65,10
5) Rx parties molles du cou et de la tête; sans moyen de contraste- CAC; non cumulable à une autre radiographie de la tête (8S40 à 8S42-8V10 à 8V13 et 8V15)	8V14	4,01	20,00
6) Laryngographie avec produit de contraste	8V15	6,53	32,50
7) Radioscopie thoracique, opacification oesophagienne comprise; non cumulable avec un autre examen radiologique du thorax ou de l'abdomen (8V17 à 8V33)-CAC	8V16	3,27	16,30
8) Location d'appareil	8V16X	0,73	3,60
9) Radiographie thoracique de face - CAC	8V17	4,01	20,00
10) Radiographie thoracique, face et profil et autres incidences éventuelles - CAC	8V18	6,72	33,50
11) Location d'appareil en cas de radioscopie associée	8V18X	0,73	3,60
12) Bronchographie, médiastinographie (injection non comprise)	8V19	7,93	39,50
<i>Sous-section 4 - Appareil digestif</i>			
1) Radiographie de l'abdomen sans préparation, radioscopie éventuelle comprise; non cumulable avec un autre examen radiographique de l'abdomen (8V21 à 8V49 et 8V55 à 8V58)-CAC	8V20	6,72	33,50
2) Rx oesophage seul; non cumulable avec 8V16	8V22	6,53	32,50
3) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V22X	1,00	5,00
4) Transit oeso-gastro-duodénal	8V23	15,06	75,00
5) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V23X	1,00	5,00
6) Transit du grêle seul; non cumulable à 8V20-8V25	8V24	7,22	36,00
7) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V24X	1,00	5,00
8) Transit oeso-gastro-duodénal et transit intestinal complet avec au moins 1 contrôle subséquent	8V25	15,06	75,00
9) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V25X	1,00	5,00
10) Lavement baryté	8V26	15,06	75,00

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
11) Location d'appareil et frais pour produit de contraste	8V26X	1,14	5,70
12) Cholécytographie par voie orale	8V31	6,62	33,00
13) Cholécysto-cholangiographie par voie intra-veineuse	8V32	13,39	66,70
14) Cholangiographie par voie percutanée transhépatique	8V34	24,77	123,40
15) Cholangiographie peropératoire	8V35	7,98	39,80
<i>Sous-section 5 - Gynécologie</i>			
1) Mammographie unilatérale, toutes incidences	8V51	5,46	27,20
2) Mammographie bilatérale	8V52	10,91	54,40
3) Mammographie bilatérale dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein	8V53	10,91	54,40
4) Galactographie, injection comprise	8V54	9,79	48,80
5) Hystérosalpingographie	8V55	9,79	48,80
6) Radiopelvimétrie	8V56	4,01	20,00
7) Mammographie unilatérale de contrôle dans un délai de moins de 12 mois pour lésions suspectes constatées à la mammographie de dépistage précoce du cancer du sein	8V57	5,46	27,20
8) Mammographie bilatérale de contrôle dans un délai de moins de 12 mois pour lésions suspectes constatées à la mammographie de dépistage précoce du cancer du sein	8V58	10,91	54,40
<i>Sous-section 6 - Système nerveux</i>			
1) Myélographie, ponction non comprise	8V61	12,54	62,50
2) Myélographie, ponction et injection comprises	8V62	25,69	128,00
<i>Sous-section 7 - Angiographie</i>			
REMARQUES:			
Les coefficients des actes de cette sous-section comprennent l'anesthésie locale, la ponction respectivement le cathétérisme, l'injection du produit de contraste, la prise des films et le rapport.			
Le coefficient reste le même si les actes sont faits avec digitalisation. En cas d'examen bilatéral, la règle générale des actes bilatéraux est applicable (article 9).			
1) Artériographie unilatérale des artères intracrâniennes (non cumulable avec 8V75 ou 8V76)	8V70	83,00	413,50
2) Artériographie d'un membre	8V71	27,47	136,90
3) Artériographie des deux membres inférieurs et de l'aorte abdominale par cathétérisme unilatéral ou par ponction aortique	8V72	41,08	204,70
4) Artériographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec 8V71, 8V72, 8V78, ou 8V79)	8V73	32,26	160,70
5) Artériographie d'une carotide ou d'une artère vertébrale par cathétérisme	8V75	55,25	275,30
6) Artériographie unilatérale des artères du cou (y compris la crosse aortique)	8V76	83,00	413,50
7) Artériographie médullaire	8V77	55,02	274,10
8) Artériographie par cathétérisme sélectif d'une branche de l'aorte thoraco-abdominale	8V78	83,00	413,50
9) Artériographie par cathétérisme sélectif de plusieurs branches de l'aorte thoraco-abdominale	8V79	102,59	511,10
10) Artériographie locale par injection directe peropératoire	8V80	19,40	96,70
11) Phlébographie	8V81	27,47	136,90
12) Splénoportographie	8V82	32,26	160,70
13) Lymphographie	8V83	27,47	136,90
14) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau des membres ou d'organes thoraco-abdominaux pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V86	83,00	413,50
15) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau crânio-cervical ou médullaire pour prélèvement local ou chimiothérapie	8V87	83,00	413,50
<i>Sous-section 8 - Examens divers</i>			
1) Contrôle radiologique de bonne mise en place d'une sonde ou d'un cathéter avec injection de produit de contraste	8V90	6,72	33,50
2) Fistulographie sous opacification par sonde	8V91	7,41	36,90
3) Repérage percutané de corps étrangers par marquage géométrique	8V92	6,72	33,50
4) Repérage percutané d'une lésion focale au décours d'une séance d'imagerie médicale (mise en compte une seule fois) CAT	8V93	18,65	92,90
5) Amplificateur de brillance avec TV pour contrôle radioscopique d'un acte chirurgical ou analogue- CAT (non applicable pour acte de radiologie ni pour position à libellé spécifié" sous contrôle radioscopique")	8V95	8,26	41,20
<i>Sous-section 9 - Tomographie, scanographie</i>			
a) Tomographie			
1) Tomographie du squelette en présence de matériel métallique	8A15	12,17	60,60
2) Tomographie des poumons et/ou du larynx	8A16	12,17	60,60
b) Tomodensitométrie (TDM), scanographie			
1) TDM de la tête (cou compris)	8A21	22,01	109,70

- 2) TDM du cou et/ou des organes thoraciques
- 3) TDM des organes abdominaux et/ou pelviens
- 4) TDM de la colonne cervicale
- 5) TDM de la colonne lombaire et/ou dorsale
- 6) TDM des membres
- 7) TDM du corps entier
- 8) TDM de l'arcade dentaire
- 9) Supplément pour TDM combinée à une arthrographie, discographie ou myélographie
- 10) Contrôle scanographique pour un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
8A31	27,28	135,90
8A32	27,28	135,90
8A33	27,28	135,90
8A34	27,28	135,90
8A35	22,01	109,70
8A36	33,06	164,70
8A37	12,17	60,60
8A41	13,61	67,80
8A45	8,26	41,20

REMARQUE:

Les positions 8A21-8A45 ne sont pas applicables à l'examen d'ostéodensitométrie réalisé à l'aide d'un scanner

Section 2 - Radiothérapie

Sous-section 1 - Radiothérapie externe

- 1) Implantation de marqueurs fiduciels en vue d'une radiothérapie externe, y compris l'imagerie médicale de contrôle, hors prostate, par toute voie d'abord
- 2) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle sans modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie, pour un volume cible, y compris l'imagerie médicale
- 3) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle sans modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie, pour deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 4) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle sans modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie, pour plus de deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 5) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle sans modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie en cas de recontourage pour changement anatomique, y compris l'imagerie médicale
- 6) Acte de contourage pour la planification d'une radiothérapie 4D (asservissement respiratoire), pour un volume cible, y compris l'imagerie médicale
- 7) Acte de contourage pour la planification d'une radiothérapie 4D (asservissement respiratoire), pour deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 8) Acte de contourage pour la planification d'une radiothérapie 4D (asservissement respiratoire), pour plus de deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 9) Acte de contourage pour la planification d'une radiothérapie 4D (asservissement respiratoire) en cas de recontourage pour changement anatomique, y compris l'imagerie médicale
- 10) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique, pour un volume cible, y compris l'imagerie médicale
- 11) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique, pour deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 12) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique, pour plus de deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 13) Acte de contourage à partir d'imagerie scanner pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique en cas de recontourage pour changement anatomique, y compris l'imagerie médicale
- 14) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie, pour un volume cible, y compris l'imagerie médicale
- 15) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie, pour deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 16) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie, pour plus de deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 17) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité non stéréotaxique ou d'une curiethérapie en cas de recontourage pour changement anatomique, y compris l'imagerie médicale
- 18) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, pour un volume cible, y compris l'imagerie médicale
- 19) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, pour deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 20) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, pour plus de deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale
- 21) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, en cas de recontourage pour changement anatomique, y compris l'imagerie médicale
- 22) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ou stéréotaxique, dans un volume déjà irradié, y compris l'imagerie médicale
- 23) Acte de contourage à partir d'imagerie multimodale pour la planification d'une radiothérapie

KNQ11	43,64	217,40
KNQ12	65,90	328,30
KNQ13	98,78	492,20
KNQ14	129,88	647,10
KNQ15	102,91	512,70
KNQ16	145,46	724,70
KNQ17	186,12	927,30
KNQ18	223,84	1115,20
KNQ19	166,26	828,40
KNQ21	145,46	724,70
KNQ22	186,12	927,30
KNQ23	223,84	1115,20
KNQ24	166,26	828,40
KNQ25	192,35	958,30
KNQ26	235,68	1174,20
KNQ27	275,93	1374,80
KNQ28	214,49	1068,70
KNQ29	244,14	1216,40
KNQ31	290,16	1445,70
KNQ32	333,08	1659,50
KNQ33	267,62	1333,40
KNQ34	337,58	1681,90
KNQ35	392,06	1953,40

	Code	Coeff.	Tarif
conformationnelle avec modulation d'intensité ou stéréotaxique, dans deux volumes déjà irradiés, y compris l'imagerie médicale			
24) Acte de contournage à partir d'imagerie multimodale pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ou stéréotaxique, dans plus de deux volumes déjà irradiés, y compris l'imagerie médicale	KNQ36	417,88	2082,00
25) Acte de contournage à partir d'imagerie multimodale pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ou stéréotaxique en cas de recontournage pour changement anatomique dans un organe déjà irradié, y compris l'imagerie médicale	KNQ37	442,96	2207,00
26) Séance de radiothérapie conformationnelle - séance unique	KPK11	26,32	131,10
27) Séance de radiothérapie conformationnelle fractionnée - première séance	KPK12	9,75	48,60
28) Séance de radiothérapie conformationnelle fractionnée - séances suivantes	KPK13	6,47	32,20
29) Séance de radiothérapie par modulation d'intensité (statique ou ArcThérapie Volumétrique par Modulation d'intensité [VMAT]) - séance unique	KPK14	26,32	131,10
30) Séance de radiothérapie par modulation d'intensité fractionnée (statique ou Arc-Thérapie Volumétrique par Modulation d'intensité [VMAT]) - première séance	KPK15	26,32	131,10
31) Séance de radiothérapie par modulation d'intensité fractionnée (statique ou Arc-Thérapie Volumétrique par Modulation d'intensité [VMAT]) - séances suivantes	KPK16	16,26	81,00
32) Séance de radiothérapie fractionnée avec asservissement respiratoire ou marqueur fiduciel - première séance	KPK17	29,34	146,20
33) Séance de radiothérapie fractionnée avec asservissement respiratoire ou marqueur fiduciel - séances suivantes	KPK18	19,59	97,60
34) Séance de radiothérapie stéréotaxique - séance unique (radiochirurgie)	KPK19	46,62	232,30
35) Séance de radiothérapie stéréotaxique fractionnée - première séance	KPK21	32,62	162,50
36) Séance de radiothérapie stéréotaxique fractionnée - séances suivantes	KPK22	22,87	113,90
37) Séance de radiothérapie adaptative en direct fractionnée - première séance	KPK23	88,87	442,80
38) Séance de radiothérapie adaptative en direct fractionnée - séances suivantes	KPK24	71,89	358,20

REMARQUE:

Les codes KNQ15, KNQ19, KNQ24, KNQ28, KNQ33 et KNQ37 (positions 5, 9, 13, 17, 21 et 25) ne peuvent être mis en compte qu'en cas de modification substantielle de l'anatomie du patient avec un impact dosimétrique significatif par rapport au plan de traitement prévisionnel.

Sous-section 2 - Curiethérapie

1) Implantation d'un applicateur intra-utérin pour curiethérapie utérovaginale, avec contrôle échographique/IRM, par voie vaginale	KQD11	206,87	1030,70
2) Implantation d'un applicateur intra-vaginal pour curiethérapie du fond vaginal, avec contrôle échographique, par voie vaginale	KQD12	11,96	59,60
3) Individualisation d'un applicateur pour curiethérapie y compris l'imagerie médicale et l'examen clinique	KQQ11	17,94	89,40
4) Implantation d'un applicateur cutané pour curiethérapie cutanée interstitielle ou de la lèvre faciale, avec contrôle échographique, par abord direct	KQQ12	83,49	416,00
5) Implantation d'un applicateur cutané pour curiethérapie cutanée de surface, par abord direct	KQQ13	17,98	89,60
6) Retrait d'un applicateur de curiethérapie interstitielle ou intracavitaire, avec contrôle échographique/IRM, par toute voie d'abord	KZQ11	23,92	119,20
7) Séance de curiethérapie (délivrance de l'irradiation par le projecteur de source) à haut débit de dose par ¹⁹² Ir (toutes indications)	KRQ11	17,94	89,40
8) Curiethérapie de prostate à très bas débit de dose par ¹²⁵ I	KRB11	78,28	390,00

REMARQUES:

- 1) Les codes KNQ11 à KPK24 (positions 1 à 38 de la sous-section 1ère) et les codes KRQ11 et KRB11 (positions 7 et 8 de la sous-section 2) doivent être exclusivement réalisés au sein de l'établissement hospitalier spécialisé de radiothérapie.
- 2) Les codes KNQ12 à KNQ37 (positions 2 à 25 de la sous-section 1ère) en vue d'une radiothérapie comprennent la validation médicale, à savoir l'indication, la dosimétrie, les volumes cibles contournés et les conditions de préparation en simulation.
- 3) Les codes KPK11, KPK12, KPK14, KPK15, KPK17, KPK19, KPK21 et KPK23 (positions 26, 27, 29, 30, 32, 34, 35 et 37 de la sous-section 1ère) comprennent la validation médicale clinique et par imagerie, à savoir le positionnement, la préparation (contrôle de simulation) et la tolérance immédiate du patient lors du traitement.
- 4) Les codes KNQ11 à KNQ37 (positions 1 à 25 de la sous-section 1ère) et les codes KQD11 à KQQ12, KZQ11 et KRQ11 (positions 1 à 4, 6 et 7 de la sous-section 2) comprennent le contrôle de la réalisation par imagerie médicale et sont donc non cumulables avec un autre acte d'imagerie médicale.
- 5) Par entité pathologique il ne peut être mis en compte qu'un seul acte de contournage parmi les actes KNQ12, KNQ13, KNQ14, KNQ16, KNQ17, KNQ18, KNQ21, KNQ22, KNQ23, KNQ25, KNQ26, KNQ27, KNQ29, KNQ31 et KNQ32 (positions 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18, 19 et 20 de la sous-section 1ère).
- 6) Les actes de recontournage KNQ15, KNQ19, KNQ24, KNQ28, KNQ33 et KNQ37 (positions 5, 9, 13, 17, 21 et 25 de la sous-section 1ère) ne peuvent être mis en compte une deuxième fois par entité pathologique que si un acte de contournage initial a été mis en compte et en cas de modification substantielle de l'anatomie du patient avec un impact dosimétrique significatif par rapport au plan de traitement prévisionnel.
- 7) Les codes KQD11 à KRB11 (positions 1 à 8 de la sous-section 2) comprennent la validation médicale, à savoir l'indication, la dosimétrie, les volumes cibles contournés, le positionnement de l'applicateur ainsi que la tolérance au traitement.

8) En ce qui concerne les codes KQD11, KQD12, KQQ12 et KQQ13 (positions 1, 2, 4 et 5 de la sous-section 2), la mise en place de l'applicateur ou des gaines vectrices est cumulable à plein tarif avec les codes KRQ11 et KRB11 (positions 7 et 8 de la sous-section 2).

Sous-section 3 - Radiothérapie interne vectorisée

- 1) Traitement par radiopharmaceutique(s), première application
- 2) Traitement par radiopharmaceutique(s), deuxième application
- 3) Traitement par radiopharmaceutique(s), troisième application

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
KSQ11	37,16	185,10
KSQ12	26,73	133,20
KSQ13	17,93	89,30

REMARQUE:

Pour les actes de cette sous-section, une application comprend l'ensemble du traitement et les consultations de contrôle post-thérapeutiques pendant une durée de trois mois.

Sous-section 4 - Assistance à la radiothérapie externe

- 1) Assistance au contourage, à la demande du médecin spécialiste en radiothérapie ou du médecin spécialiste en neurochirurgie, portant exclusivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière), avec une technique d'imagerie fusionnable avec un scanner
- 2) Assistance au contourage, à la demande du médecin spécialiste en radiothérapie, hors système nerveux central, avec une technique d'imagerie fusionnable avec un scanner
- 3) Assistance du médecin spécialiste en neurochirurgie à la planification et à la simulation en radiochirurgie stéréotaxique robotisée portant exclusivement sur le système nerveux central (encéphale et moelle épinière ; la présence physique à l'établissement hospitalier spécialisé de radiothérapie étant obligatoire

KNQ38	90,88	452,80
KNQ39	54,53	271,70
KNQ41	107,60	536,10

REMARQUE:

- 1) Par entité pathologique, il ne peut être mis en compte qu'un seul acte d'assistance au contourage KNQ38 ou KNQ39. L'acquisition des images radiologiques nécessaires à l'assistance au contourage fait partie intégrante de cet acte et ne peut pas donner lieu à un cumul.

Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes

Sous-section 1 - Echographie (échotomographie, ultrasonographie)

- 1) Examen échographique de régions ou d'organes non prévus aux positions suivantes
- 2) Location d'appareil
- 3) Examen échographique de la glande thyroïde (région du cou comprise)
- 4) Location d'appareil
- 5) Examen échographique du crâne et/ou des hanches chez un enfant de moins de deux ans
- 6) Location d'appareil
- 7) Echographie du pelvis par voie transrectale ou transvaginale
- 8) Location d'appareil
- 9) Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse
- 10) Location d'appareil
- 11) Examen échographique des seins
- 12) Location d'appareil
- 13) Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique")
- 14) Location d'appareil

8E01	12,20	60,80
8E01X	5,04	25,10
8E02	12,20	60,80
8E02X	5,04	25,10
8E03	12,20	60,80
8E03X	5,04	25,10
8E09	18,36	91,50
8E09X	5,04	25,10
8E13	18,36	91,50
8E13X	5,04	25,10
8E14	12,20	60,80
8E14X	5,04	25,10
8E25	6,12	30,50
8E25X	5,04	25,10

REMARQUES:

- 1) En exécution des dispositions prévues à l'article 17, alinéa 3, la position 8E14 prévue pour l'examen échographique des seins est cumulable avec une des positions prévues pour la mammographie réalisée en dehors du programme de dépistage précoce du cancer du sein (8V51, 8V52) ainsi qu'avec une des positions 8V57 et 8V58, si l'examen échographique des seins est réalisé en seconde intention et dans les suites immédiates (même séance et même lieu) de la mammographie afin d'en préciser les difficultés d'interprétation des structures visualisées. L'indication de l'examen échographique des seins doit clairement ressortir du rapport d'interprétation de la mammographie.
- 2) Le cumul de l'examen échographique des seins et de la mammographie réalisée en dehors du programme de dépistage précoce du cancer du sein est réservé aux médecins spécialistes en radiodiagnostic ou en radiologie au sens du règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg.
- 3) Les deux procédés (examen échographique des seins et mammographie) donnent lieu à des rapports structurés utilisant une classification professionnelle de référence du domaine du type Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS) de l'American College of Radiology.

Sous-section 2 - Echo-Doppler des vaisseaux

- 1) Examen des vaisseaux par Doppler continu avec enregistrement
- 2) Location d'appareil
- 3) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance
- 4) Location d'appareil

8E41	10,71	53,40
8E41X	4,91	24,50
8E42	23,82	118,70
8E42X	13,63	67,90

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
5) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, séance suivante pour une période de six mois	8E43	11,91	59,30
6) Location d'appareil	8E43X	13,63	67,90
7) Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, la première séance	8E45	23,82	118,70
8) Location d'appareil	8E45X	13,63	67,90
9) Examen échographique avec Doppler pulsé des veines des membres inférieurs et du pelvis, bilan complet pour affection des veines profondes ou bilan avant intervention pour varices, séance suivante pour une période de six mois	8E46	11,91	59,30
10) Location d'appareil	8E46X	13,63	67,90
REMARQUE: Les positions de cette sous-section ne sont pas cumulables entre elles.			
<i>Sous-section 3 - Imagerie par résonance magnétique (IRM)</i>			
1) IRM de la tête (cou compris)	8E61	36,35	181,10
2) IRM du cou et/ou des organes thoraciques	8E62	36,35	181,10
3) IRM des organes abdominaux et/ou pelviens	8E63	36,35	181,10
4) IRM de la colonne cervicale	8E64	36,35	181,10
5) IRM de la colonne lombaire et/ou dorsale	8E65	36,35	181,10
6) IRM des membres	8E66	36,35	181,10
Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire)			
1) Courbe de fixation d'un isotope sur un organe ou sur des échantillons prélevés (sang, urines...), non cumulable avec l'imagerie scintigraphique du même organe (Ne concerne pas les examens inscrits dans la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales)	8N01	10,62	52,90
2) Test respiratoire par isotope (breath test)	8N02	10,62	52,90
3) Scintigraphie de la thyroïde, sans courbe de fixation	8N11	17,93	89,30
4) Scintigraphie de la thyroïde avec courbe de fixation, minimum 3 mesures	8N12	28,55	142,20
5) Scintigraphie pour la recherche de tumeurs neuro-endocrines (apudomes)	8N15	35,87	178,70
6) Scintigraphie pulmonaire (perfusion)	8N17	35,87	178,70
7) Scintigraphie pulmonaire (ventilation)	8N18	35,87	178,70
8) Scintigraphie pulmonaire (ventilation et perfusion)	8N19	46,39	231,10
9) Scintigraphie du myocarde, contrôle ECG et tomoscintigraphie comprise	8N21	35,87	178,70
10) Scintigraphie du myocarde au repos et après effort ou après perfusion d'un médicament, sous contrôle ECG, y compris tout contrôle dans les 48 heures, tomoscintigraphie comprise	8N22	40,65	202,50
11) Ventriculographie isotopique avec calcul de la fraction d'éjection et/ou des fractions régionales, contrôle ECG compris	8N25	35,87	178,70
12) Scintigraphie hépatique	8N31	31,09	154,90
13) Cholécintigraphie avec étude dynamique	8N33	35,87	178,70
14) Etude scintigraphique de la vidange gastrique	8N36	35,87	178,70
15) Scintigraphie pour la recherche d'un diverticule de Meckel	8N38	35,87	178,70
16) Scintigraphie rénale, uni- ou bilatérale	8N41	31,09	154,90
17) Néphrographie isotopique et clearance séparée des 2 reins	8N42	41,61	207,30
18) Scintigraphie cérébrale, tomoscintigraphie comprise	8N51	35,87	178,70
19) Scintigraphie cérébrale, examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise	8N52	41,61	207,30
20) Cisternographie isotopique, ponction lombaire et injection comprise	8N55	38,26	190,60
21) Scintigraphie pour la recherche d'un foyer infectieux (p.ex. par leucocytes marqués)	8N61	35,87	178,70
22) Scintigraphie pour la recherche d'une hémorragie (p.ex. par érythrocytes marqués)	8N63	35,87	178,70
23) Scintigraphie osseuse loco-régionale	8N71	35,87	178,70
24) Scintigraphie osseuse loco-régionale examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise	8N72	43,04	214,40
25) Scintigraphie osseuse du corps entier	8N75	35,87	178,70
26) Scintigraphie de la moelle osseuse	8N78	35,87	178,70
27) Lymphoscintigraphie	8N81	31,09	154,90
28) Immunoscintigraphie	8N85	35,87	178,70
29) Scintigraphie et transit par un organe de deux traceurs ou plus suivie d'une soustraction progressive des images	8N91	35,87	178,70
30) Tomoscintigraphie en complément d'un examen de la présente section - CAT	8N95	10,62	52,90
31) Scintigraphie réalisée avec caméra hybride PET-CT dédiée incluant tomoscintigraphie, interprétation des images métaboliques et fusion d'images	8N96	41,61	207,30
REMARQUES:			
1) Les coefficients des actes de cette section comprennent la préparation des traceurs, l'anesthésie locale, l'injection resp. la ponction-injection.			
2) Ne sont pas cumulables entre elles les positions d'examens utilisant un même traceur ou concernant le même organe respectivement le même système:			
- 8N11 et 8N12			
- 8N17 à 8N19			
- 8N21 à 8N25			
- 8N31 et 8N33			
- 8N41 à 8N43			

- 8N51 à 8N55

- 8N71 à 8N75

3) L'acte 8N96 inclut la localisation par d'autres moyens radiologiques et est non cumulable avec les autres actes d'imagerie scintigraphique ou de tomodensitométrie.

Section 5 - Radiologie interventionnelle (Interventions percutanées sous contrôle d'imagerie médicale)

REMARQUES:

- 1) Les coefficients des actes comprennent l'anesthésie locale, la ponction respectivement le cathétérisme et l'imagerie des régions traitées.
- 2) Les positions des sous-sections 1 à 3 sont cumulables (en appliquant l'article 9 alinéa 1er), si elles portent sur des lésions distinctes situées sur des artères différentes, selon la nomenclature anatomique conventionnelle.
- 3) En cas de thrombolyse (sous-section 3, b)), une angiographie de contrôle peut être mise en compte si ce contrôle est effectué au minimum 12 heures après la thrombolyse et au plus tard dans les 72 heures. Ce contrôle angiographique ne peut être mis en compte qu'une fois par jour. Par dérogation à l'article 9, alinéa 7, l'accord du contrôle médical n'est pas requis sous ces conditions.
- 4) Par dérogation à l'article 9, alinéa 1er, en cas d'intervention endoluminale sous imagerie (chapitre 8, section 5, sous-sections 1 à 3) suivie, sur le même segment, d'une intervention de chirurgie vasculaire (chapitre 2, section 9), les deux actes peuvent être cumulés à plein tarif entre eux. Le cas échéant, le troisième acte est facturé à cinquante pour cent. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires.
- 5) En cas d'intervention endoluminale sous imagerie (chapitre 8, section 5, sous-section 4) suivie, sur le même segment, d'une intervention de chirurgie biliaire (chapitre 2, section 6, sous-section 6), le cumul des tarifs pour un même médecin n'est pas possible dans la même séance.
- 6) Les codes de radiologie interventionnelle prévus aux sous-sections 1 à 3 ne sont pas cumulables dans une même séance avec les codes HGA11, HKQ12, HSA25, HSQ11, HSQ12, HSQ23 à HSQ25, HSQ26, HSQ27, HTA11 à HTA16, HTF11, HTF12, HUA11, HUA12, HUA16, HUQ11, HUQ12, HUQ14.

Sous-section 1 - Actes thérapeutiques sur les artères

a) Angioplasties

1) Angioplastie d'une artère précérébrale, par voie percutanée	HSQ29	127,44	634,90
2) Angioplastie d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par voie percutanée	HSQ31	165,67	825,40
3) Angioplastie d'une artère périphérique du membre supérieur, par voie percutanée	HSQ32	107,83	537,20
4) Angioplastie de l'aorte, par voie percutanée	HSQ33	127,44	634,90
5) Angioplastie d'une artère viscérale, par voie percutanée	HSQ34	127,44	634,90
6) Angioplastie bifurquée du carrefour aorto-iliaque, par voie percutanée	HSQ35	107,83	537,20
7) Angioplastie d'une artère infrapoplitée, par voie percutanée	HSQ36	127,44	634,90
8) Angioplastie d'une artère périphérique du membre inférieur, par voie percutanée	HSQ37	107,83	537,20

b) Mise en place d'une endoprothèse avec ou sans angioplastie

1) Angioplastie et endoprothèse d'une artère précérébrale, par voie percutanée	HSQ38	191,14	952,30
2) Angioplastie et endoprothèse d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par voie percutanée	HSQ39	248,51	1238,20
3) Angioplastie et endoprothèse d'une artère périphérique du membre supérieur, par voie percutanée	HSQ41	161,74	805,80
4) Angioplastie et endoprothèse de l'aorte, par voie percutanée	HSQ42	191,14	952,30
5) Angioplastie et endoprothèse d'une artère viscérale, par voie percutanée	HSQ43	191,14	952,30
6) Angioplastie et endoprothèse bifurquée du carrefour aorto-iliaque, par voie percutanée	HSQ44	284,29	1416,40
7) Angioplastie et endoprothèse d'une artère infrapoplitée, par voie percutanée	HSQ45	191,14	952,30
8) Angioplastie et endoprothèse d'une artère périphérique du membre inférieur, par voie percutanée	HSQ46	161,74	805,80

c) Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse

1) Recanalisation d'une artère précérébrale, par voie percutanée	HSQ47	230,35	1147,70
2) Recanalisation d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par voie percutanée	HSQ48	299,47	1492,00
3) Recanalisation d'une artère périphérique du membre supérieur, par voie percutanée	HSQ49	215,65	1074,40
4) Recanalisation de l'aorte, par voie percutanée	HSQ51	215,65	1074,40
5) Recanalisation d'une artère viscérale, par voie percutanée	HSQ52	191,14	952,30
6) Recanalisation du carrefour aorto-iliaque, par voie percutanée	HSQ53	215,65	1074,40
7) Recanalisation d'une artère infrapoplitée, par voie percutanée	HSQ54	161,74	805,80
8) Recanalisation d'une artère périphérique du membre inférieur, par voie percutanée	HSQ55	215,65	1074,40

d) Traitement d'un anévrisme par mise en place d'une endoprothèse ou de coils

1) Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère précérébrale, par voie percutanée	HSQ56	200,95	1001,20
2) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte thoracique, par voie percutanée	HSQ57	268,58	1338,10
3) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte thoracique avec pose de stent, par voie percutanée	HSQ58	268,58	1338,10
4) Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme de l'aorte abdominale, par voie percutanée	HSQ59	480,42	2393,60
5) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte abdominale interrénal avec fenestration pour une ou deux artères rénales, par voie percutanée	HSQ61	816,72	4069,10

	Code	Coeff.	Tarif
6) Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme de l'aorte abdominale et bifurquée iliaque, par voie percutanée	HSQ62	552,48	2752,60
7) Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère viscérale, par voie percutanée	HSQ63	200,95	1001,20
<i>Sous-section 2 - Actes thérapeutiques sur les veines</i>			
a) Angioplasties			
1) Angioplastie d'une veine périphérique du membre supérieur, par voie percutanée	HTQ11	107,83	537,20
2) Angioplastie de la veine cave, par voie percutanée	HTQ12	107,83	537,20
3) Angioplastie d'une veine iliaque, par voie percutanée	HTQ13	108,08	538,50
4) Angioplastie d'une veine périphérique du membre inférieur, par voie percutanée	HTQ14	107,83	537,20
b) Mise en place d'une endoprothèse avec ou sans angioplastie			
1) Angioplastie et endoprothèse d'une veine périphérique du membre supérieur, par voie percutanée	HTQ15	162,22	808,20
2) Angioplastie et endoprothèse de la veine cave, par voie percutanée	HTQ16	161,74	805,80
3) Angioplastie et endoprothèse d'une veine iliaque, par voie percutanée	HTQ17	162,47	809,50
4) Angioplastie et endoprothèse d'une veine périphérique du membre inférieur, par voie percutanée	HTQ18	162,22	808,20
c) Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse			
1) Recanalisation d'une veine périphérique du membre supérieur, par voie percutanée	HTQ19	215,65	1074,40
2) Recanalisation de la veine cave, par voie percutanée	HTQ21	177,90	886,40
3) Recanalisation d'une veine iliaque, par voie percutanée	HTQ22	215,65	1074,40
4) Recanalisation d'une veine périphérique du membre inférieur, par voie percutanée	HTQ23	215,65	1074,40
d) Autres traitements endovasculaires			
1) Extraction d'un corps étranger intravasculaire, par toutes voies d'abord	HTQ24	48,04	239,30
2) Shunt porto-cave par voie transhépatique ou transjugulaire, mise en place d'une endoprothèse comprise, par voie percutanée	HTQ25	215,65	1074,40
3) Mise en place percutanée d'un filtre de la veine cave inférieure, par voie percutanée	HTQ26	93,12	464,00
4) Traitement endovasculaire unilatéral de la grande veine saphène, avec guidage échographique peropératoire et phlébectomie, par voie percutanée	HTF13	91,27	454,70
5) Traitement endovasculaire unilatéral de la petite veine saphène et phlébectomie, par voie percutanée	HTF14	76,87	383,00
<i>Sous-section 3 - Actes thérapeutiques sur les vaisseaux</i>			
a) Traitement d'un anévrisme par mise en place d'une endoprothèse ou de coils			
1) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre supérieur, par voie percutanée	HUQ15	186,25	928,00
2) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre inférieur, par voie percutanée	HUQ16	186,25	928,00
b) Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire			
1) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une veine ou d'une artère, par voie percutanée	HUQ17	118,62	591,00
c) Embolisation d'un vaisseau pour anévrisme ou autre malformation vasculaire ou pour traumatisme			
1) Embolisation d'une veine ou d'une artère, par voie percutanée	HUQ18	127,44	634,90
<i>Sous-section 4 - Interventions percutanées sur les voies biliaires</i>			
1) Drainage biliaire externe par voie percutanée transhépatique	8P81	57,39	285,90
2) Drainage biliaire interne par voie percutanée transhépatique	8P82	95,65	476,60
3) Mise en place d'une endoprothèse biliaire par voie percutanée transhépatique	8P83	47,83	238,30
4) Changement d'un cathéter ou d'une endoprothèse biliaire mise en place par voie percutanée	8P84	47,83	238,30
<i>Sous-section 5 - Intervention percutanée dans le domaine ostéoarticulaire</i>			
1) Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique, un ou deux pédicules	8P87	59,30	295,50
<i>Sous-section 6 - Autres interventions</i>			
1) Ponction et drainage percutané d'abcès ou de kystes intra-abdominaux ou intra-thoraciques	8P91	57,39	285,90
2) Microbiopsie sur un sein sous imagerie stéréotaxique digitale sur patiente en procubitus sur table spéciale (prone table), toute imagerie locale comprise.	8P95	30,08	149,90
3) Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT	8P98	57,39	285,90
Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes			
1) Ostéodensitométrie par procédé DXA (absorptiométrie des rayons X à 2 énergies) effectuée par un	8D01	2,06	10,30

médecin disposant d'un agrément du Ministre de la Santé

REMARQUE:

Par dérogation à l'article 10 la position 8D01 peut être cumulée avec la consultation majorée

Chapitre 9 - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire

Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires

Sous-section 1 - Chirurgie des lèvres et du palais

	Code	Coeff.	Tarif
1) Chirurgie de la sténose vélo-pharyngée en un ou deux temps	9S14	44,25	220,50
2) Plastie pour perforation sinusobuccale	9S15	77,55	386,40
3) Plastie pour communication bucconasale	9S16	83,35	415,30
4) Appareil obturateur de perforation palatine: plaque base en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S18	50,80	253,10
5) Appareil de prothèse vélo-palatine: plaque base et voile artificiel en résine (dents et crochets en supplément) - CAT	9S19	88,30	439,90
6) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue	9S31	58,35	290,70
7) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par hémi-maxillaire ou de canine à canine	9S32	29,20	145,50
8) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue	9S33	73,35	365,50
9) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale	9S34	29,75	148,20
10) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure	9S35	43,45	216,50

Sous-section 2 - Chirurgie des arcades gingivo-dentaires

1) Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse	9S41	4,00	19,90
2) Traitement local des gingivostomatites, par séance	9S42	2,80	14,00
3) Gingivoplastie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S43	13,40	66,80
4) Gingivectomie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine	9S44	20,45	101,90

Sous-section 3 - Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche

1) Biopsie buccale	9S51	8,30	41,40
2) Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse	9S52	13,40	66,80
3) Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue	9S53	13,40	66,80
4) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, un côté	9S55	40,90	203,80
5) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, deux côtés	9S56	81,70	407,10
6) Glossectomie large	9S57	109,70	546,60
7) Incision d'un abcès de la cavité buccale, bucco-pharyngée ou pharyngo-laryngée par voie buccale	9S61	11,00	54,80
8) Incision d'un phlegmon de la base de la langue ou du plancher buccal	9S62	33,65	167,70
9) Résection d'une lésion ou tumeur bénigne de la bouche	9S65	16,55	82,50
10) Extirpation d'une tumeur maligne des lèvres	9S71	59,55	296,70

Sous-section 4 - Chirurgie des glandes salivaires

1) Chirurgie d'une fistule salivaire	9S83	33,65	167,70
--------------------------------------	------	-------	--------

Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale

1) Bandage d'urgence extrabuccal pour fracture des maxillaires, sans continuation du traitement	9F11	5,45	27,20
2) Fracture des maxillaires, premier appareillage de contention buccale	9F12	25,55	127,30
3) Traitement orthopédique d'une fracture maxillaire parcellaire	9F13	25,55	127,30
4) Traitement orthopédique d'une fracture complète simple d'un maxillaire (sans appui)	9F14	77,55	386,40
5) Fracture complète du maxillaire inférieur, réduction et contention avec appui sur le maxillaire supérieur	9F15	119,15	593,60
6) Fracture transversale du maxillaire supérieur, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien	9F16	131,15	653,40
7) Fracture complète des deux maxillaires, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien, matériel non compris	9F17	131,15	653,40
8) Réduction sanglante simple d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F21	21,75	108,40
9) Ostéosynthèse d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris	9F22	146,55	730,20
10) Ostéotomie pour fracture ancienne avec cal vicieux ou chirurgie (sans greffe) d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur, matériel non compris	9F25	77,55	386,40
11) Traitement chirurgical de la pseudarthrose d'un maxillaire avec greffe osseuse, prélèvements des greffons compris	9F26	116,80	581,90
12) Ostéotomie unilatérale du maxillaire supérieur pour fracture ancienne avec cal vicieux	9F27	101,20	504,20
13) Traitement orthopédique de la luxation temporo-maxillaire uni- ou bilatérale	9F31	4,50	22,40
14) Réduction sanglante d'une luxation temporo-maxillaire, reposition ou résection du condyle, butée osseuse	9F32	146,55	730,20
15) Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante - CAT	9F33	170,05	847,20
16) Arthrotomie pour corps étranger ou lésion méniscale de l'articulation temporo-maxillaire	9F34	74,15	369,40
17) Ostéotomie pour ankylose ou arthroplastie temporo-maxillaire	9F35	183,05	912,00
18) Résection totale du maxillaire inférieur	9F41	104,10	518,70
19) Résection du corps du maxillaire inférieur	9F42	146,55	730,20

	Code	Coeff.	Tarif
20) Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur	9F43	183,00	911,80
21) Résection large ou totale du maxillaire supérieur	9F44	183,00	911,80
22) Traitement chirurgical de la prognathie ou latérogathie, matériel non compris	9F47	183,00	911,80
23) Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur après correction chirurgicale d'une prognathie ou latérogathie - CAT	9F48	170,05	847,20
24) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires étendue à l'infrastructure	9F51	73,35	365,50
25) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires avec vaste délabrement osseux	9F52	101,20	504,20
26) Evidement osseux d'un maxillaire nécessitant une greffe	9F53	116,80	581,90
27) Réfection uni- ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse, cartilagineuse ou par matériau inerte, intéressant l'orbite, l'os malaire et les maxillaires pour lésion congénitale ou ancienne - APCM	9F56	144,55	720,20
28) Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	9F61	21,35	106,40
29) Traitement de l'ostéite et nécrose des maxillaires, circonscrite à la région alvéolaire; curetage et ablation de séquestres	9F62	11,00	54,80
30) Curetage péri-apical par trépanation vestibulaire avec ou sans résection apicale	9F63	20,45	101,90
31) Traitement de l'ostéite de la région basilaire, de l'ostéite corticale ou centrale, curetage et ablation de séquestres	9F64	27,55	137,30
32) Nécrose des corps maxillaires étendue à un segment important; curetage et ablation de séquestres	9F65	47,50	236,70
33) Enucléation d'un kyste maxillaire étendu avec trépanation osseuse	9F71	27,05	134,80
34) Cure par marsupialisation d'un kyste maxillaire avec trépanation osseuse	9F72	13,55	67,50
35) Cure d'un kyste s'étendant à un hémimaxillaire ou d'un kyste faisant saillie et refoulant un sinus maxillaire	9F73	51,30	255,60
36) Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus	9F74	60,70	302,40
37) Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée	9F78	77,05	383,90
38) Insertion d'implants métalliques ou acryliques après large résection de la mandibule	9F81	146,55	730,20
39) Réimplantation d'une dent, appareillage non compris	9F82	40,25	200,50
40) Transplantation d'une dent, appareillage non compris	9F83	54,00	269,00
41) Appareil de contention préopératoire du maxillaire inférieur (résection chirurgicale, greffe) - CAT	9F91	108,75	541,80
42) Appareil mobilisateur du maxillaire inférieur après traitement chirurgical d'une construction permanente - CAT	9F92	170,05	847,20
43) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) sans casque péricrânien - CAT	9F93	108,75	541,80
44) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) avec casque péricrânien - CAT	9F94	170,05	847,20
45) Appareil porte-radium intrabuccal - CAT	9F95	88,30	439,90
46) Appareil de redressement du nez avec appui péricrânien - CAT	9F96	67,95	338,50
47) Appareil obturateur après résection du maxillaire supérieur (dents comprises) - CAT	9F97	170,05	847,20
48) Attelle modelable, par maxillaire	9F98	14,00	69,80

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3142)

Règlement grand-ducal du 18 novembre 1999 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°141 du 10.12.1999, p. 2570)

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°149 du 28.12.1999, p. 2929)

Règlement grand-ducal du 28 juin 2000 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°51 du 05.07.2000, p. 1119)

Règlement grand-ducal du 17 juillet 2000 portant modification du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance-maladie
(Mémorial A – N°63 du 28.07.2000, p. 1269)

Règlement grand-ducal du 2 octobre concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°103 du 09.10.2000, p. 2249)

Règlement grand-ducal du 30 novembre 2000 portant modification du règlement grand-ducal du 21 novembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°126 du 13.12.2000, p. 2886)

Règlement grand-ducal du 1er août 2001 relatif au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions réglementaires
(Mémorial A – N°117 du 18.09.2001, p. 2449)

Règlement grand-ducal du 29 novembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°145 du 21.12.2001, p. 2946)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°151 du 27.12.2001, p. 3281)

Règlement grand-ducal du 22 février 2002 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°27 du 21.03.2002, p. 486)

Règlement grand-ducal du 24 janvier 2003 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°19 du 31.01.2003, p. 371)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2003 modifiant

1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°37 du 27.03.2003, p. 606)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2003 modifiant

1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie - Rectificatif
(*Mémorial A – N°68 du 22.05.2003, p. 1108*)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°75 du 03.06.2003, p. 1280*)

Règlement grand-ducal du 27 juillet 2003 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°118 du 22.08.2003, p. 2496*)

Règlement grand-ducal du 28 novembre 2003 modifiant

- 1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
- 2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes
(*Mémorial A – N°177 du 12.12.2003, p. 3588*)

Règlement grand-ducal du 28 février 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°31 du 16.03.2005, p. 609*)

Règlement grand-ducal du 23 septembre 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°165 du 05.10.2005, p. 2796*)

Règlement grand-ducal du 7 novembre 2005 modifiant:

1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales
(*Mémorial A – N°185 du 28.11.2005, p. 2984*)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2005 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°222 du 30.12.2005, p. 3731*)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2005 modifiant

1. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code des assurances sociales;
2. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°222 du 30.12.2005, p. 3733*)

Règlement grand-ducal du 5 août 2006 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°150 du 30.08.2006, p. 2663*)

Règlement grand-ducal du 15 janvier 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du

21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°3 du 25.01.2007, p. 31*)

Règlement grand-ducal du 5 mars 2007 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins et des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°37 du 15.03.2007, p. 750*)

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2007 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°226 du 19.12.2007, p. 3886*)

Règlement grand-ducal du 27 juin 2008 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 concernant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°92 du 04.07.2008, p. 1253*)

Règlement grand-ducal du 22 juillet 2008 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°114 du 31.07.2008, p. 1782*)

Règlement grand-ducal du 27 février 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
(*Mémorial A – N°40 du 09.03.2009, p. 565*)

Règlement grand-ducal du 6 avril 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°74 du 14.04.2009, p. 898*)

Règlement grand-ducal du 6 avril 2009 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – Rectificatif
(*Mémorial A – N°85 du 29.04.2009, p. 1012*)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2009 modifiant:

1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale

(*Mémorial A – N°111 du 26.05.2009, p. 1634*)

Règlement grand-ducal du 19 mai 2009 modifiant:

1. le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie;
2. le règlement grand-ducal modifié du 23 décembre 1998 ayant pour objet de déterminer les prestations en nature lors de l'accouchement, en exécution de l'article 26, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale - Rectificatif

(*Mémorial A – N°121 du 02.06.2009, p. 1728*)

Règlement grand-ducal du 7 juin 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(*Mémorial A – N°90 du 10.06.2010, p. 1646*)

Règlement grand-ducal du 4 juin 2010 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – RECTIFICATIF

(Mémorial A – N°93 du 22.06.2010, p. 1686)

Règlement grand-ducal du 17 décembre 2010 déterminant en application de l'article 5 de la loi du 17 décembre 2010 portant réforme du système de soins de santé les réductions à opérer aux tarifs médicaux et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°242 du 27.12.2010, p. 4064)

Règlement grand-ducal du 12 mars 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°57 du 05.04.2011, p. 1051)

Règlement grand-ducal du 18 août 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°195 du 12.09.2011, p. 3548)

Règlement grand-ducal du 8 février 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal du 16 décembre 2011 déterminant en application de l'article 35 de la loi du 16 décembre 2011 concernant le budget des recettes et des dépenses de l'Etat pour l'exercice 2012 les adaptations à apporter aux coefficients de la nomenclature des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°26 du 15.02.2012, p. 326)

Règlement grand-ducal du 21 juillet 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie suite à l'introduction du médecin référent
(Mémorial A – N°151 du 26.07.2012, p. 1853)

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°298 du 31.12.2012, p. 4718)

Règlement grand-ducal du 26 décembre 2012 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie – RECTIFICATIF
(Mémorial A – N°18 du 07.02.2013, p. 339)

Règlement grand-ducal du 15 novembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°204 du 29.11.2013, p. 3752)

Règlement grand-ducal du 23 décembre 2013 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°225 du 27.12.2013, p. 4225)

Règlement grand-ducal du 28 avril 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°67 du 30.04.2014, p. 1000)

Règlement grand-ducal du 26 mai 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie par l'introduction de nouveaux actes en lien avec la radiothérapie stéréotaxique robotisée

implantée au Centre François Baclesse
(*Mémorial A – N°91 du 30.05.2014, p. 1418*)

Règlement grand-ducal du 26 novembre 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°217 du 01.12.2014, p. 4192*)

Règlement grand-ducal du 12 décembre 2014 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°232 du 18.12.2014, p. 4476*)

Règlement grand-ducal du 6 mai 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°101 du 11.06.2015, p. 1732*)

Règlement grand-ducal du 27 novembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°227 du 07.12.2015, p. 4858*)

Règlement grand-ducal du 10 décembre 2015 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°234 du 16.12.2015, p. 5166*)

Règlement grand-ducal du 4 mai 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°90 du 13.05.2016, p. 1670*)

Règlement grand-ducal du 3 juin 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°102 du 14.06.2016, p. 1875*)

Règlement grand-ducal du 15 octobre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°215 du 20.10.2016, p. 4026*)

Règlement grand-ducal du 26 octobre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°220 du 31.10.2016, p. 4144*)

Règlement grand-ducal du 25 novembre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°238 du 30.11.2016, p. 4388*)

Règlement grand-ducal du 25 novembre 2016 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie - Rectificatif
(*Mémorial A – N°189 du 09.02.2017, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 22 mars 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°348 du 31.03.2017, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 24 avril 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°470 du 10.05.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 28 juillet 2017 modifiant le règlement grand-ducal du 24 avril 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°763 du 28.08.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 1er décembre 2017 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1031 du 06.12.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 modifiant les règlements grand-ducaux modifiés du 21 décembre 1998 arrêtant les nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1033 du 07.12.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 25 avril 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°329 du 27.04.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 1er août 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°798 du 12.09.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 1er août 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°818 du 13.09.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 19 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°981 du 25.10.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 19 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°982 du 25.10.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 19 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°983 du 25.10.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1001 du 06.11.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1002 du 06.11.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par

l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°1114 du 11.12.2018, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 modifiant 1° le règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ; 2° le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°1116 du 11.12.2018, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°159 du 17.03.2020, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 30 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°212 du 30.03.2020, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 24 avril 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°352 du 04.05.2020, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 14 août 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°688 du 14.08.2020, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°988 du 15.12.2020, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 15 décembre 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°1010 du 17.12.2020, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 15 décembre 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°1015 du 17.12.2020, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 27 janvier 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°80 du 29.01.2021, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 29 janvier 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°90 du 03.02.2021, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 2 avril 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie
(*Mémorial A – N°272 du 06.04.2021, p. 1*)

Règlement grand-ducal du 12 mai 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance

maladie

(Mémorial A – N°373 du 18.05.2021, p. 1)

Règlement grand-ducal du 12 mai 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°374 du 18.05.2021, p. 1)

Acte grand-ducal rectificatif du 18 juin 2021 du règlement grand-ducal du 12 mai 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°479 du 28.06.2021, p. 1)

Règlement grand-ducal du 15 juillet 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°579 du 02.08.2021, p. 1)

Règlement grand-ducal du 12 août 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°612 du 13.08.2021, p. 1)

Acte grand-ducal rectificatif du 20 octobre 2021 du règlement grand-ducal du 15 juillet 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°751 du 26.10.2021, p. 1)

Règlement grand-ducal du 20 octobre 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°757 du 29.10.2021, p. 1)

Règlement grand-ducal du 10 novembre 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°791 du 12.11.2021, p. 1)

Règlement grand-ducal du 8 juin 2022 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°279 du 13.06.2022, p. 1)

Règlement grand-ducal du 28 décembre 2022 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°707 du 28.12.2022, p. 1)

Règlement grand-ducal du 6 janvier 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°17 du 13.01.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°158 du 23.03.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 8 mai 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°231 du 15.05.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 7 août 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°501 du 10.08.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 15 août 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°543 du 24.08.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 10 novembre 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°755 du 21.11.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 10 novembre 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°756 du 21.11.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 23 mai 2024 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°212 du 28.05.2024, p. 1)

Règlement grand-ducal du 14 novembre 2024 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°462 du 18.11.2024, p. 1)

Règlement grand-ducal du 13 décembre 2024 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°522 du 17.12.2024, p. 1)

Règlement grand-ducal du 18 décembre 2024 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°588 du 24.12.2024, p. 1)

Acte grand-ducal rectificatif du 20 décembre 2024 du règlement grand-ducal du 13 décembre 2024 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°625 du 31.12.2024, p. 1)

Règlement grand-ducal du 10 janvier 2025 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°13 du 21.01.2025, p. 1)

MEDECINS-DENTISTES

Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie

Caractère personnel de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des médecins-dentistes ne peuvent être pris en charge par une institution d'assurance maladie ou une autre institution de sécurité sociale visée au Code de la sécurité sociale que si cet acte ou service est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante et à condition d'avoir été effectués personnellement par le médecin-dentiste. Au cas où le médecin-dentiste est assisté par une autre personne, il doit exécuter lui-même, ou, lorsque cette personne est un médecin-dentiste en voie de formation, surveiller lui-même la phase essentielle de l'acte tout en restant responsable de l'intégralité de l'acte.

Distinction entre actes généraux et techniques

Art. 2.- Les coefficients des actes et services inscrits dans la première partie de l'annexe du présent règlement intitulée "Actes généraux" ne peuvent être modifiés que sur proposition du ou des groupements professionnels ayant signé la convention avec la Caisse nationale de santé. Tous les autres actes sont regroupés dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement, intitulée "Actes techniques".

Les actes techniques de la deuxième partie de l'annexe peuvent également être accomplis par les médecins spécialistes

en chirurgie orale, dentaire et maxillo-faciale
en stomatologie.

Les chapitres 2 et 3 de la deuxième partie de l'annexe sont accessibles aux médecins spécialistes

en chirurgie générale
en chirurgie plastique
en oto-rhino-laryngologie
en chirurgie maxillo-faciale.

Le chapitre 9 intitulé "Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire" de la deuxième partie de l'annexe de la nomenclature des médecins constitue une partie commune aux médecins et aux médecins-dentistes.

Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 3.- Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical de la sécurité sociale.

Ces actes sont signalés par les lettres "APCM" (autorisation préalable du contrôle médical de la sécurité sociale requise) ou les lettres "ACM" (autorisation du contrôle médical de la sécurité sociale requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Tarif d'un acte

Art. 4.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur monétaire de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention pour les

médecins-dentistes ou arrêtée, à défaut d'accord entre parties, par une sentence du Conseil supérieur de la sécurité sociale, ceci conformément aux articles 66 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à une décimale près. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq (5) cents. Les fractions de dixième d'euro sont arrondies vers la bas si elles sont strictement inférieures à cinq (5) cents.

Le coefficient des actes de la deuxième partie de l'annexe marqués par les lettres "DSD" (dépassement sur devis) correspond au tarif maximal remboursé par l'assurance maladie. Un dépassement peut se faire sur devis préalable, en application de l'article 66 du Code de la sécurité sociale et selon les modalités fixées par la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Pour les positions marquées du sigle DSD, un devis écrit préalable est requis.

Par dérogation à ce qui précède, pour les codes DP47, DS18, DS19, DS24, DS26, DS27, DS33, DS34, DS35, DS36, DS41, DS42, DS43, DS44, DS45, DS47, DS50, DS69, DS70, DA52, DA64, DB10, DB13, DB17, DB36, DB37, DB52, DB53, DB54, DN50, DW18 et DW19, le mémoire d'honoraires vaut devis.

Consultation et visite

Art. 5.- La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Un entretien téléphonique ne peut donner lieu à une quelconque facturation à charge de l'assurance maladie.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (prise de tension artérielle, examen au spéculum nasal), la prise de sang veineux, les analyses qualitatives des urines (albumine et glucose), les injections intraveineuses, intramusculaires, sous-cutanées et intradermiques, les petits pansements, l'ouverture d'abcès superficiels, le meulage de bords tranchants, les cautérisations, la retouche à une prothèse dentaire, le pulpotest, la préparation de fond de cavité ainsi que l'établissement d'une ordonnance ou d'un certificat sommaire.

Les consultations et visites ne peuvent être mises en compte que si elles ont été sollicitées par la personne protégée ou par une personne de son entourage.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation ou visite par personne et par jour, c'est-à-dire par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaire plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Le médecin-dentiste mettra en compte exclusivement la consultation réservée à sa spécialité.

Est considérée comme consultation urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle se situe en dehors des heures de consultation et de visite normales affichées par le médecin-dentiste ou que sa délivrance oblige le médecin-dentiste à abandonner la suite programmée de ses occupations.

Est considérée comme visite urgente celle sollicitée comme telle par la personne protégée ou par une personne de son entourage et reconnue comme telle par le médecin-dentiste, à condition qu'elle soit effectuée sans délai.

Le médecin-dentiste ayant mis en compte une consultation ou une visite urgente doit, à la demande du contrôle médical de la sécurité sociale, en justifier par écrit le caractère urgent.

Si lors du même déplacement, le médecin-dentiste examine plusieurs personnes faisant partie

de la même communauté domestique ou du même établissement, le tarif de la visite est remplacé par celui de la consultation pour la deuxième personne et les suivantes.

Indemnité horo-kilométrique

Art. 6.- L'indemnité horo-kilométrique ne peut être mise en compte que pour une visite en milieu extra-hospitalier.

L'indemnité est calculée d'après la carte officielle des distances. Pour le calcul, le cabinet du médecin-dentiste doit être pris comme point de départ, sans que toutefois l'indemnité mise en compte ne dépasse celle correspondant aux kilomètres effectivement parcourus.

Si en cas de visite à l'intérieur de la localité dans laquelle le médecin-dentiste a établi son cabinet, le déplacement dépasse un kilomètre, l'indemnité aller-retour peut être mise en compte pour les kilomètres excédentaires.

Traitement en milieu hospitalier

Art. 7.- Lorsque le médecin-dentiste n'est pas présent à l'hôpital, mais doit s'y déplacer spécialement et d'urgence pour un traitement ambulatoire ou un patient hospitalisé par un autre médecin ou médecin-dentiste, il met en compte le tarif de la visite et les actes techniques effectués. Sur le mémoire d'honoraires il marque, outre le code de la visite, l'heure à laquelle cette dernière a été effectuée.

Si la personne séjourne en milieu hospitalier, soit à titre stationnaire, soit au titre d'un séjour inférieur à une journée dont les conditions sont à fixer par la convention visée à l'article 75 du Code de la sécurité sociale, le médecin-dentiste traitant applique les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe, à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite. Toutefois, le médecin-dentiste traitant peut mettre en compte le tarif de la visite de nuit entre 22 heures et 7 heures selon les modalités prévues à l'article 10 sous 5).

Est considéré comme médecin-dentiste traitant au sens des présentes dispositions le médecin-dentiste qui, ayant décidé de l'admission de la personne protégée, effectue le traitement durant l'hospitalisation et en fait la déclaration à l'hôpital ou à l'assurance maladie conformément aux dispositions de la convention prévue à l'article 75 du Code de la sécurité sociale.

Si au cours d'une même hospitalisation dans le même établissement la personne protégée est traitée successivement par deux médecins-dentistes, le deuxième médecin-dentiste doit, pour la détermination du forfait, tenir compte de la période d'hospitalisation antérieure mise en compte par le premier médecin-dentiste.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée successivement par deux médecins relevant de disciplines médicales différentes, le deuxième médecin met en compte le forfait correspondant comme s'il s'agissait d'une nouvelle hospitalisation, à condition que le changement de médecin ait été signalé endéans les vingt-quatre heures à l'administration de l'hôpital.

Si au cours d'une même hospitalisation la personne protégée est traitée simultanément par plusieurs médecins, le médecin traitant justifie le traitement parallèle sur un formulaire élaboré par le contrôle médical de la sécurité sociale. Il envoie dans les vingt-quatre heures ce formulaire pour autorisation au contrôle médical de la sécurité sociale. Suite à cette autorisation le médecin-dentiste applique également les forfaits prévus au chapitre 4 de la première partie de l'annexe à l'exclusion du tarif de la consultation ou de la visite.

N'est pas considéré comme traitement parallèle un traitement successif effectué le même jour.

Les jours d'hospitalisation sont comptés par période de vingt-quatre heures commençant à minuit; la fraction compte pour une journée entière.

Majoration du tarif des actes techniques

Art. 8.- Si l'acte technique est effectué d'urgence entre 20 et 7 heures ou un dimanche ou un jour férié légal, son tarif est majoré de cent pour cent, sauf si le libellé de l'acte exclut expressément cette majoration ou si une visite à l'hôpital est mise en compte. Le médecin-dentiste note le tarif majoré sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "N" (nuit), "D" (dimanche), ou "F" (jour férié).

Cumul de plusieurs actes techniques

Art. 9.- Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes techniques sont effectués sur une même personne par le même médecin-dentiste, celui-ci a droit au tarif de l'acte dont le coefficient est le plus élevé ainsi qu'à cinquante pour cent du tarif du deuxième acte et le cas échéant, du troisième acte. Les actes suivant le troisième acte ne donnent pas lieu à honoraires. Le médecin-dentiste note le tarif réduit en application du présent article sur le mémoire d'honoraires en complétant le code de l'acte par la lettre "R".

Les actes auxquels la réduction de cinquante pour cent prévue à l'alinéa premier ne s'applique pas, sont signalés par les lettres "CAT" (cumul à plein tarif avec autre acte technique autorisé).

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa premier les actes inscrits dans les chapitres 1er, 2, et 4 à 11 de la deuxième partie de l'annexe de ce règlement peuvent être cumulés à plein tarif entre eux et sans limitation de leur nombre. Ils sont à considérer dans leur ensemble comme un seul acte technique. En cas de cumul de cet ensemble d'actes techniques avec d'autres actes techniques n'appartenant pas aux chapitres 1er, 2, et 4 à 11, la réduction de cinquante pour cent prévue par les dispositions de l'alinéa premier n'est pas applicable à cet ensemble d'actes et les autres actes peuvent être mis en compte; le premier à 100% et le deuxième à 50%.

Aucune prestation ne peut être cumulée avec une prestation dont elle fait partie intégrante.

Le médecin-dentiste ne peut mettre en compte qu'une seule consultation par période de vingt-quatre heures commençant à minuit, à moins qu'il ne justifie que les particularités du cas ont rendu nécessaires plusieurs séances au cours du même jour et que cette justification trouve l'accord du contrôle médical de la sécurité sociale.

Cumul entre actes généraux et actes techniques

Art. 10.- Peuvent être cumulés les honoraires:

- 1) d'un acte technique signalé par les lettres CAC (cumul avec consultation) et d'une consultation, à l'exception du renouvellement d'ordonnance,
- 2) d'un rapport et d'un autre acte général ou technique,
- 3) de la visite en milieu extra-hospitalier, de l'indemnité horo-kilométrique et des actes techniques,
- 4) de la visite à l'hôpital prévue à l'alinéa 1er de l'article 7 et des actes techniques à condition que ces actes ne subissent pas les majorations prévues à l'article 8,
- 5) des examens prévus au chapitre 6 de la première partie de l'annexe et des actes techniques,
- 6) des forfaits pour le traitement hospitalier prévu au chapitre 4 de la 1ère partie de l'annexe et de la visite de nuit entre 22 et 7 heures, à condition que l'état du malade requière son intervention urgente et que le médecin-dentiste ne mette pas en compte la majoration de nuit prévue à l'article 8.

Dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. Le médecin-dentiste a droit aux honoraires les plus élevés, soit de l'acte général, soit des actes techniques après application de l'article qui précède. Toutefois, lorsque le ou les actes techniques ne sont pas accompagnés d'un examen du patient et notamment s'ils sont effectués en série, l'intervention du médecin-dentiste n'a pas la valeur d'une consultation et il n'a droit qu'aux honoraires du ou des actes techniques.

Dans les cas visés sous 1) à 5) ci-dessus, l'article 9 s'applique pour le cumul des actes techniques entre eux.

Assistance opératoire

Art. 11.- Si la complexité de l'intervention exige une assistance opératoire, celle-ci est fixée à trente pour cent du coefficient de l'acte opératoire en cause ou, le cas échéant, à trente pour cent de la somme des coefficients des actes opératoires effectués lors de cette intervention, sans pouvoir être inférieure au coefficient 7,85. Sur son mémoire d'honoraires le médecin-dentiste note le code du ou des actes suivi de la lettre "P". Le coefficient minimum subit les majorations prévues à l'article 8.

Lorsque deux médecins ou médecins-dentistes mettent en compte le tarif pour assistance opératoire, le médecin ou médecin-dentiste ayant effectué l'intervention doit fournir une justification écrite au contrôle médical de la sécurité sociale.

Dispositions particulières à l'anesthésie locale ou régionale

Art. 12.- En cas d'anesthésie locale ou régionale par injection le tarif des actes auxquels l'anesthésie se rapporte est majoré de 15% sans que cette majoration ne puisse être inférieure au coefficient prévu pour les positions DS20 ou DS21 du chapitre 1er de la deuxième partie de l'annexe. Elle ne peut être mise en compte si simultanément une anesthésie générale est pratiquée.

Sur le mémoire d'honoraires le médecin complète le code de l'intervention par la lettre "L".

L'anesthésie de contact est toujours comprise dans l'acte technique, respectivement la consultation.

Concordance des codes d'un acte technique en cas d'intervention pratiquée sous anesthésie

Art. 13.- En cas d'intervention pratiquée sous anesthésie, les codes appliqués par les différents médecins ou médecins-dentistes concernés doivent être concordants. En cas de contestation, le rapport de l'intervention fait foi.

Frais d'appareil et frais de matériel

Art. 14.- Le médecin-dentiste a droit au tarif spécifique pour couvrir les frais d'utilisation d'un appareil, à condition que l'acte technique correspondant puisse être mis en compte, que le médecin-dentiste soit propriétaire de l'appareil, le cas échéant, dûment autorisé, et que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier ou dans un hôpital ne disposant pas de l'appareil en question. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "X".

Le médecin-dentiste peut mettre en compte les frais de matériel indiqués dans la deuxième partie de l'annexe du présent règlement en relation avec un acte technique, à condition que l'acte soit effectué en milieu extra-hospitalier. Dans ce cas il complète le code de l'acte par la lettre "M".

Les tarifs pour frais d'appareil et de matériel signalés respectivement par les lettres "X" et "M" à la dernière position du code ne subissent ni réduction ni majoration.

Les métaux précieux sont facturés à part sur le même mémoire d'honoraires.

Dispositions particulières aux actes de biologie médicale

Art. 15.- Par dérogation aux dispositions de l'article 1, les médecins-dentistes peuvent mettre en compte en supplément aux actes généraux et techniques les actes de biologie médicale

conformément à la nomenclature pour les laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique et conformément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Dispositions particulières aux actes de radiodiagnostic

Art. 16.- Les actes de radiodiagnostic prévus au chapitre 10 de la deuxième partie de l'annexe ne peuvent être mis en compte que par les médecins ou médecins-dentistes qui ont été autorisés à cet effet par le ministre ayant dans ses attributions la santé dans le cadre de la loi du 10 août 1983 concernant l'utilisation médicale des rayonnements ionisants.

Le coefficient de chaque code de radiologie du chapitre 10 de la deuxième partie de l'annexe comprend toutes les incidences effectuées. Une location d'appareil ne peut être mise en compte qu'en milieu extra-hospitalier et ceci à raison d'une seule fois par séance. Le tarif des films s'ajoute à celui de l'acte de radiodiagnostic à condition que celui-ci soit effectué en milieu extra-hospitalier.

La simple interprétation d'un film ne peut être mise en compte.

Une radiographie de qualité défectueuse ne peut être mise en compte.

Rapports médicaux

Art. 17.- Pour tout acte technique de diagnostic ou de traitement, le rapport y relatif est compris dans le coefficient de cet acte. Ce rapport doit être communiqué sans délai au médecin ayant transféré le malade et, sur demande au médecin-conseil du contrôle médical ou à tout médecin ayant à traiter ce malade.

Un rapport écrit est obligatoire pour tout acte de traitement fait sous anesthésie générale et pour tout acte technique de diagnostic. Sa rémunération est incluse dans le coefficient de l'acte en cause.

Le rapport DR1 prévu au chapitre 5 de la 1ère partie de l'annexe ne peut être mis en compte lorsque le médecin assume lui-même le traitement. Il ne peut être mis en compte que s'il concerne des examens précis et détaillés d'une affection de la région maxillo-faciale dépassant les arcades dentaires avec énoncé des résultats de l'examen, du diagnostic des traitements effectués et, le cas échéant, des propositions de traitement ultérieur.

**Tableau des actes et services tel que prévu
à l'article 1 du présent règlement grand-ducal**

Tarifs

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,68011

**NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES
MEDECINS-DENTISTES**

Cote d'application:	944,43
Valeur lettre-clé:	6,4232
Valable à partir du:	01.01.2025

PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX

Chapitre 1 - Consultations du médecin-dentiste

- 1) Consultation du médecin-dentiste
- 2) Renouvellement d'ordonnance
- 3) Pansements en série, par séance
- 4) Consultation urgente
- 5) Consultation demandée et faite le soir entre 20 et 22 heures
- 6) Consultation demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 7) Consultation demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

Code	Coeff.	Tarif
DC1	6,33	40,70
DC2	3,30	21,20
DC3	3,30	21,20
DC4	9,13	58,60
DC6	11,98	76,90
DC7	11,98	76,90
DC8	17,75	114,00

Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste

Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier

- 1) Visite du médecin-dentiste
- 2) Visite urgente
- 3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

DV1	13,44	86,30
DV4	17,08	109,70
DV5	17,08	109,70
DV6	20,16	129,50
DV7	20,16	129,50
DV8	27,27	175,20

Section 2 - Visite en milieu hospitalier

- 1) Visite du médecin-dentiste
- 2) Visite urgente
- 3) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures
- 4) Visite demandée et faite le soir entre 18 et 22 heures
- 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal
- 6) Visite demandée et faite la nuit entre 22 et 7 heures

DV11	13,44	86,30
DV14	17,08	109,70
DV15	17,08	109,70
DV16	20,16	129,50
DV17	20,16	129,50
DV18	27,27	175,20

Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste

- 1) Indemnité horo-kilométrique par km

DK1	0,47	3,00
-----	------	------

Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste

Section 1 - Traitement stationnaire interne

- 1) 1er jour d'hospitalisation
- 2) Du 2e jour au 14e jour; par jour
- 3) Du 15e au 42e jour; par jour
- 4) A partir du 43e jour, par jour

DF10	5,54	35,60
DF11	3,25	20,90
DF12	1,62	10,40
DF13	0,90	5,80

Section 2 - Traitement post-opératoire

- 1) Du 1er au 7e jour post-opératoire; par jour
- 2) Du 8e au 14e jour post-opératoire; par jour
- 3) Du 15e au 42e jour post-opératoire; par jour
- 4) A partir du 43e jour post-opératoire; par jour

DF20	11,20	71,90
DF21	1,51	9,70
DF22	1,01	6,50
DF23	0,90	5,80

Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste

- 1) Rapport détaillé au médecin traitant concernant
 - l'examen complet de la région maxillo-faciale,
 - les résultats d'examens complémentaires,
 - les traitements faits et les propositions de traitement ultérieur

DR1	9,74	62,60
-----	------	-------

Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste

Section 1 - Examen prénatal de la femme enceinte tel que prévu par l'article 279 du Code de la sécurité sociale et le règlement grand-ducal du 27 juillet 2016

- 1) Examen dentaire avant la fin du cinquième mois de grossesse

DE1 11,98 76,90

Section 2 - Examens dentaires des enfants âgés de 2 à 4 ans tels que prévus par la loi du 15 mai 1984 et le règlement grand-ducal du 12 décembre 1984 (art. 3)

- 1) Examen dentaire de l'enfant âgé de 30 à 36 mois
2) Examen dentaire de l'enfant âgé de 42 à 48 mois

DE2 11,98 76,90
DE3 11,98 76,90

Chapitre 7 - Tarifs spéciaux

- 1) Téléconsultation dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, l'établissement des prescriptions médicales
2) Forfait horaire en cas de consultation et de traitement dans le cadre de l'épidémie COVID-19 selon les recommandations de la Direction de la santé, y compris, le cas échéant, la téléconsultation et l'établissement des prescriptions médicales
3) Majoration du forfait horaire FD45 pour frais connexes en cas de consultation et de traitement

DC45 6,33 40,70
FD45 44,19 283,80
FD46 19,00 122,00

DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1 - Soins gingivaux et dentaires

Section 1 - Soins sur le parodonte

Sous-section 1 - Phase 1 Bilan parodontal

- 1) Consultation dans le cadre d'une parodontopathie simple - DSD
2) Consultation dans le cadre d'une parodontopathie moyenne - DSD
3) Consultation dans le cadre d'une parodontopathie complexe - DSD
4) Radiographie rétroalvéolaire dans le cadre d'une parodontopathie - première radiographie
5) Radiographie rétroalvéolaire dans le cadre d'une parodontopathie - à partir de la deuxième radiographie (maximum 17 radiographies)
6) Charting parodontal - DSD

DP1 8,21 52,70
DP2 10,95 70,30
DP3 13,68 87,90
DP11 5,45 35,00
DP12 2,80 18,00
DP4 10,04 64,50

Sous-section 2 - Phase 2 Soins gingivaux et dentaires

- 1) Elimination d'un débordement des restaurations débordantes, par face
2) Elimination d'un débordement des couronnes débordantes - DSD

DP46 1,83 11,80
DP47 10,95 70,30

REMARQUE:

Les codes DP46 et DP47 (positions 1 et 2) ne sont pas cumulables avec des actes du chapitre 1er, sections 2 à 5, des actes du chapitre 6 ainsi que des actes du chapitre 7.

Sous-section 3 - Phase 3 Traitement actif

- 1) Surfaçage par hémiarcade / canine à canine - DSD + ACM

DP31 10,95 70,30

Sous-section 4 - Phase 4 Réévaluation parodontale

- 1) Consultation parodontale de réévaluation avec charting parodontal sommaire - DSD
2) Détartrage (seulement dans le cadre d'un traitement parodontal)
3) Surfaçage localisé - DSD + ACM (seulement dans le cadre d'un traitement parodontal)

DP40 8,21 52,70
DP41 6,10 39,20
DP42 10,95 70,30

REMARQUES:

- 1) Le code DP41 (position 2) ne peut être mis en compte qu'une fois par année de calendrier.
2) En cas de nécessité de traitement chirurgical, celui-ci se positionne en phase 4 du parcours de soins parodontal.

Sous-section 5 - Phase 5 Recall parodontal

- 1) Consultation parodontale de maintenance - DSD

DP50 8,21 52,70

REMARQUES:

- 1) Le code DP50 peut être mis en compte au maximum quatre fois par période de 12 mois.
2) Le code DP50 est uniquement cumulable avec le code DP41.

Section 2 - Soins généraux et sur le parodonte

- 1) Détartrage en une ou plusieurs séances - CAC
2) Traitement médical de la parodontose, par séance

DS1 6,10 39,20
DS2 3,14 20,20

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
3) Correction de l'occlusion dentaire et meulage sélectif, par séance	DS3	7,39	47,50
4) Consolidation de dents branlantes par ligature ou collage, ou traitement d'une fracture limitée aux procès alvéolaires, par dent	DS4	3,14	20,20
5) Attelle métallique dans la parodontose ou la fracture des procès alvéolaires - DSD+ACM	DS5	56,00	359,70
6) Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale - DSD+ACM	DS6	56,00	359,70
REMARQUES:			
1) Le code DS2 (position 2) ne peut pas être mis en compte si un des actes du chapitre 2 « Avulsions dentaires », à l'exception des codes DS74, DS75 et DS79M, ainsi que les actes du chapitre 3 « Extractions chirurgicales » ont été mis en compte antérieurement ou lors de la même séance.			
2) Le code DS3 (position 3) peut être mis en compte une fois par séance, quel que soit le nombre de dents soignées.			
3) Le code DS3 (position 3) ne peut pas être mis en compte sur les dents de lait à l'exception des canines.			
4) Ne sont pas cumulables :			
- Le code DS2 (position 2) avec le code DS22 sur une même dent lors d'une même séance.			
- Le code DS3 (position 3) avec les codes DS14, DS15, DS16, DS18, DS19, DS34, DS35 et DS36 sur une même dent lors d'une même séance et avec les actes des chapitres 5 « Prothèse dentaire adjointe » et 7 « Prothèse conjointe » sur une même dent lors d'une même séance, à l'exception du code DB34.			
Section 3 - Restauration des tissus durs de la dent			
1) Blanchiment de dents dévitalisées, par séance et par dent	DS7	3,14	20,20
2) Coiffage pulpaire indirect, par dent et par séance	DS8	3,14	20,20
3) Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance	DS9	6,10	39,20
REMARQUES:			
1) Les codes DS8 (position 2) et DS9 (position 3) ne sont pas cumulables sur une même dent lors d'une même séance.			
2) Le code DS8 (position 2) n'est pas cumulable avec les codes DS84, DS85 ou DS86 sur une même dent lors d'une même séance.			
Section 4 - Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent : inclut la mise en forme canalaire et l'obturation radiculaire			
1) Pulpectomie simple (amputation coronaire) et obturation de la chambre pulpaire (réservée à la dent de lait)	DS10	5,04	32,40
2) Pulpectomie totale (amputation corono-radiculaire) et obturation des canaux radiculaires, sur incisives, canines ou prémolaires inférieures	DS11	12,32	79,10
3) Pulpectomie totale (amputation corono-radiculaire) et obturation des canaux radiculaires, sur prémolaires supérieures ou molaires	DS12	21,67	139,20
4) Traitement endodontique par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD	DS24	12,32	79,10
5) Traitement de la gangrène pulpaire et de ses complications, par séance - CAC	DS13	4,48	28,80
6) Traitement de la nécrose pulpaire avec écoulement purulent par drainage	DS25	5,15	33,10
7) Anesthésie intrapulpaire	DS23	2,74	17,60
8) Médication intracanaire - DSD	DS26	4,48	28,80
9) Dépose d'instrument endodontique fracturé - DSD	DS53	12,20	78,40
REMARQUES:			
1) Les codes DS10, DS11, DS12 (positions 1, 2 et 3) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par dent.			
2) Le code DS24 (position 4) peut être mis en compte au maximum une fois pour une incisive, une fois pour une canine, deux fois pour une prémolaire et deux fois pour une molaire.			
3) Le code DS13 (position 5) ne peut être mis en compte qu'une fois par dent lors d'une même séance et n'est pas cumulable avec les codes DS10, DS11, DS12, DS14, DS15, DS16, DS25 ou DS26 sur une même dent lors d'une même séance.			
Section 5 - Restauration des tissus durs de la dent : comprend l'exérèse de lésion carieuse de dent			
1) Apexification / fermeture d'une perforation - DSD	DS27	7,39	47,50
2) Obturation par dent, une face	DS14	7,39	47,50
3) Obturation provisoire par dent, une face	DS84	7,39	47,50
4) Obturation portant sur deux faces d'une dent	DS15	9,30	59,70
5) Obturation provisoire portant sur deux faces d'une dent	DS85	9,30	59,70
6) Obturation par dent portant sur trois faces ou plus	DS16	10,47	67,30
7) Obturation provisoire par dent portant sur trois faces ou plus	DS86	10,47	67,30
8) Désobturation endodontique 1 canal - DSD	DS41	6,16	39,60
9) Désobturation endodontique 2 canaux - DSD	DS42	12,32	79,10
10) Désobturation endodontique 3 canaux - DSD	DS43	18,48	118,70
11) Désobturation endodontique par canal et par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD	DS44	6,16	39,60
12) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	DS18	14,84	95,30
13) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	DS19	10,47	67,30
14) Anesthésie locale	DS20	2,18	14,00
15) Anesthésie régionale	DS21	3,64	23,40

- 16) Cautérisation
- 17) Digue (pour soins, endodontie...) - DSD
- 18) Reconstruction coronaire en vue d'un traitement endodontique
- 19) Diagnostic intradentaire ou intracanalair - DSD
- 20) Ouverture de la chambre pulpaire dans le cas d'une pulpite
- 21) Ouverture de la chambre pulpaire simple
- 22) Ouverture de la chambre pulpaire complexe (calcification, pulpolithe) - DSD
- 23) Aurification - DSD
- 24) Inlay, une face - DSD
- 25) Inlay portant sur deux faces d'une dent - DSD
- 26) Inlay portant sur trois faces ou onlay, par dent - DSD

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
DS22	3,14	20,20
DS45	2,19	14,10
DS46	10,47	67,30
DS47	12,20	78,40
DS48	6,10	39,20
DS49	4,48	28,80
DS50	6,10	39,20
DS33	10,47	67,30
DS34	7,39	47,50
DS35	9,30	59,70
DS36	10,47	67,30

REMARQUES:

- 1) Les codes DS41 à DS44 (positions 8 à 11) peuvent être mis en compte au maximum une fois pour une incisive, une fois pour une canine, deux fois pour une prémolaire et cinq fois pour une molaire.
- 2) Les codes DS20 et DS21 (positions 14 et 15) ne sont pas cumulables avec des actes techniques majorés de 15% par l'ajout de la lettre « L » prévue à l'article 12 relatif aux dispositions particulières à l'anesthésie locale ou régionale.
- 3) Les codes DS48 à DS50 (positions 20 à 22) ne peuvent être mis en compte qu'une fois par dent lors d'une même séance.
- 4) Les codes DS41, DS42 et DS43 (positions 8 à 10) ne sont pas cumulables entre eux sur une même dent lors d'une même séance.
- 5) Le code DS18 (position 12) n'est pas cumulable avec les codes DS14, DS84, DS15, DS85, DS16, DS86 ou DS19 sur une même dent lors d'une même séance.
- 6) Le code DS19 (position 13) ne peut être mis en compte au maximum que deux fois sur une même dent lors d'une même séance.
- 7) Les codes DS22 (position 16) et DS96 ne sont pas cumulables sur une même dent lors d'une même séance.
- 8) Le code DS47 (position 19) ne peut être mis en compte que si le traitement radiculaire est non réalisable (fêlure, fissure ou fracture, dent non récupérable endodontiquement).
- 9) Le code DS47 (position 19) n'est pas cumulable avec les codes DS10, DS11, DS12, DS13, DS24, DS25 sur une même dent lors d'une même séance.
- 10) Les codes DS48 à DS50 (positions 20 à 22) ne sont pas cumulables entre eux sur une même dent lors d'une même séance.

Chapitre 2 - Avulsions dentaires

- 1) Extraction simple d'une dent monoradiculaire ou d'une dent pluriradiculaire supérieure
- 2) Extraction simple d'une molaire inférieure
- 3) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, groupe incisivo-canin, prémolaires, molaires supérieures
- 4) Extraction d'une dent au cours d'accidents cellulaires ou osseux, molaires inférieures
- 5) Extraction simple des racines d'une dent mono-ou pluriradiculaire
- 6) Extraction des racines d'une dent par morcellement
- 7) Extraction des racines d'une dent avec alvéolectomie
- 8) Extraction d'une dent en malposition
- 9) Tamponnement d'une ou plusieurs alvéoles pour hémorragie post-opératoire, dans une séance ultérieure, par séance
- 10) Traitement d'alvéolite consécutive à une ou plusieurs extractions, par séance
- 11) Résection des bords alvéolaires après extractions multiples
- 12) Suture gingivale avec ou sans résection partielle d'une crête alvéolaire
- 13) Suture gingivale étendue à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin avec ou sans résection d'une crête alvéolaire
- 14) Enucléation chirurgicale d'un kyste de petit volume
- 15) Cure d'un kyste par marsupialisation
- 16) Excision d'un cal fibreux
- 17) Frais de matériel en cas de suture

DS61	3,64	23,40
DS62	4,48	28,80
DS63	4,48	28,80
DS64	6,10	39,20
DS65	3,64	23,40
DS66	7,39	47,50
DS67	11,76	75,50
DS68	7,39	47,50
DS71	3,64	23,40
DS72	3,14	20,20
DS73	4,48	28,80
DS74	7,39	47,50
DS75	22,90	147,10
DS76	11,93	76,60
DS77	5,99	38,50
DS78	16,13	103,60
DS79M	3,92	25,20

REMARQUES:

- 1) Les codes DS61, DS62, DS65 et DS75 (positions 1, 2, 5 et 13) sont cumulables uniquement en cas d'extractions multiples étendues à un hémimaxillaire ou à un bloc incisivo-canin.
- 2) Le code DS71 (position 9) n'est pas cumulable avec les codes DS61, DS62, DS63, DS64, DS65, DS66, DS67, DS68, DS69, DS70, DS72, DS76, DS77, DS78, DS88, DS89, DS90, DS91, DS92, DS93, DS94 et DS95 sur une même dent lors d'une même séance.
- 3) Le code DS72 (position 10) n'est pas cumulable avec les codes DS61, DS62, DS63, DS64, DS65, DS66, DS67, DS68, DS69, DS70, DS71, DS76, DS77, DS78, DS88, DS89, DS90, DS91, DS92, DS93, DS94 et DS95 sur une même dent lors d'une même séance.
- 4) Le code DS73 (position 11) ne peut être mis en compte que sur une même hémi-arcade ou de canine à canine.
- 5) Le code DS75 (position 13) ne peut pas être mis en compte en cas d'extraction d'une seule dent.
- 6) Le code DS76 (position 14) n'est pas cumulable avec le code DS96 sur une même dent.

	Code	Coeff.	Tarif
Chapitre 3 - Extractions chirurgicales			
1) Prémolarisation d'une molaire - DSD	DS69	7,39	47,50
2) Hémisection radiculaire - DSD	DS70	7,39	47,50
3) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée	DS88	37,02	237,80
4) Extraction chirurgicale d'une canine incluse	DS89	46,54	298,90
5) Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie	DS90	37,02	237,80
6) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires	DS91	52,53	337,40
7) Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse	DS92	15,51	99,60
8) Extraction chirurgicale d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche montante et du menton, sinus)	DS93	77,34	496,80
9) Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus	DS94	11,09	71,20
10) Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire	DS95	3,64	23,40
11) Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie	DS96	3,64	23,40
REMARQUES:			
1) Le code DS69 (position 1) ne peut être mis en compte que pour une molaire.			
2) Le code DS69 (position 1) n'est pas cumulable avec le code DS70 (position 2) sur une même dent lors d'une même séance.			
3) Le code DS96 (position 11) ne peut être mis en compte en cas de dent de lait.			
Chapitre 4 - Pose d'implant(s) osseux sur le crâne et la face			
Section 1 - Actes préimplantaires			
1) Pose d'une plaque base résine pour guide radiologique préimplantaire dentaire par arcade - DSD	DB95	26,20	168,30
2) Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, par arcade - DSD	DB96	17,59	113,00
Section 2 - Pose d'implant chez l'adulte			
1) Pose d'un implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte, par implant - DSD	DB97	78,92	506,90
Section 3 - Dégagement et activation chez l'adulte			
1) Dégagement et activation d'un implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte, par implant	DB98	16,41	105,40
REMARQUE:			
Les codes du présent chapitre ne peuvent être mis en compte que si les conditions cumulatives suivantes sont remplies:			
- en cas de présence d'un certificat médical attestant l'indication d'une des deux maladies rares énumérées ci-après : oligodontie (agénésie d'au moins 6 dents permanentes par arcade, non compris les dents de sagesse) ou anodontie (absence de toutes les dents) ;			
- dès l'âge de 18 ans, ou après la croissance, par des implants maxillaires et mandibulaires si indications ;			
- avec, au maximum, huit implants par arcade.			
Chapitre 5 - Prothèse dentaire adjointe			
1) Plaque base en résine synthétique	DA11	34,30	220,30
2) Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée - DSD+ACM	DA12	34,30	220,30
3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD+ACM	DA13	34,30	220,30
4) Plaque base en résine injectée, ou plaque renforcée, ou plaque coulée pour prothèse amovible provisoire - DSD	DA14	34,30	220,30
5) Empreinte par porte-empreinte individuel	DA21	8,30	53,30
6) Empreinte fonctionnelle, open mouth technic	DA22	27,55	177,00
7) Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic - DSD+ACM	DA23	27,55	177,00
8) Dent prothétique	DA31	8,30	53,30
9) Dent contreplaquée (métal non précieux)	DA32	13,85	89,00
10) Facette or - DSD+ACM	DA33	8,30	53,30
11) Rétention par zone de décharge	DA35	5,45	35,00
12) Rétention par succion	DA36	8,30	53,30
13) Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle - DSD+ACM	DA37	8,30	53,30
14) Ancienne dent remontée sur nouvelle base, par dent	DA41	6,60	42,40
15) Crochet simple, métal non précieux	DA42	8,80	56,50
16) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD+ACM	DA43	8,80	56,50
17) Crochet de prothèse squelettique - DSD+ACM	DA44	8,80	56,50
18) Attachements - DSD+ACM	DA45	8,80	56,50
19) Réparation de fracture sur plaque base en matière plastique	DA51	11,00	70,70
20) Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus) - DSD	DA52	11,00	70,70
21) Réparation avec remplacement d'une dent artificielle cassée, d'un crochet ou d'une succion	DA53	11,00	70,70
22) Réparation avec remplacement de dents artificielles cassées, de crochets ou succions, les suivantes, par unité	DA54	5,45	35,00
23) Adjonction d'une dent après empreinte	DA61	15,40	98,90

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
24) Adjonction de dents après empreinte, à partir de la deuxième dent, par dent	DA62	8,30	53,30
25) Adjonction d'un crochet simple après empreinte	DA63	16,55	106,30
26) Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte - DSD	DA64	16,55	106,30
27) Remontage d'une dent prothétique	DA71	11,00	70,70
28) Remontage de dents prothétiques, à partir de la deuxième dent, par dent	DA72	5,45	35,00
29) Remontage par crochet	DA73	11,00	70,70
30) Rebasage partiel	DA74	16,95	108,90
31) Rebasage total	DA75	34,30	220,30
<u>Chapitre 6 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe</u>			
1) Empreinte par maxillaire	DA91	5,45	35,00
2) Empreinte individuelle par maxillaire	DA92	8,30	53,30
3) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, open mouth technic	DA93	27,55	177,00
4) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, closed mouth technic - DSD+ACM	DA94	27,55	177,00
5) Articulé	DA95	11,00	70,70
6) Essayage par maxillaire	DA96	8,30	53,30
<u>Chapitre 7 - Prothèse conjointe</u>			
1) Couronne provisoire - DSD (par dent)	DB13	14,84	95,30
2) Couronne coulée	DB21	44,15	283,60
3) Couronne à facette - DSD+ACM	DB23	44,15	283,60
4) Couronne trois quarts	DB24	49,70	319,20
5) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB25	52,95	340,10
6) Articulation, glissière ou construction similaire incorporée à une couronne ou un inlay servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM	DB26	8,80	56,50
7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD+ACM	DB28	13,25	85,10
8) Dent à pivot avec anneau radulaire (genre Richmond)	DB29	55,20	354,60
9) Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis)	DB30	38,65	248,30
10) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD+ACM	DB31	13,25	85,10
11) Couronne jacket en résine	DB32	55,20	354,60
12) Couronne jacket en porcelaine - DSD+ACM	DB33	55,20	354,60
13) Rescellement d'une couronne, d'un inlay, d'une dent à pivot, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	DB34	6,10	39,20
14) Descellement d'une couronne, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé	DB35	5,45	35,00
15) Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radulaire cassé - DSD	DB36	5,45	35,00
16) Réparation d'une prothèse conjointe, descellement et rescellement non compris - DSD	DB37	8,80	56,50
17) Remplacement d'une facette, scellement compris	DB38	13,85	89,00
18) Élément de bridge provisoire - DSD	DB17	14,84	95,30
19) Élément de bridge céramo-métallique - DSD+ACM	DB47	38,65	248,30
20) Élément de bridge barre (spring bridge)	DB48	38,65	248,30
21) Élément de bridge en métal massif	DB49	38,65	248,30
22) Élément de bridge en résine	DB50	38,65	248,30
23) Élément de bridge à facette ou dent à tube	DB51	38,65	248,30
24) Trépanation d'une couronne prothétique - DSD	DB10	5,45	35,00
25) Section d'une couronne, d'un bridge ou de couronnes solidarisées - par site de section - DSD	DB52	5,45	35,00
26) Dépose d'un inlay-core ou clavette pour accès canalaire - DSD	DB53	5,45	35,00
27) Dépose de vis ou tenon radulaire pour accès canalaire - DSD	DB54	5,45	35,00
<u>Chapitre 8 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe</u>			
1) Décorticage pour couronne simple	DB91	12,20	78,40
2) Décorticage pour couronne jacket	DB92	22,05	141,60
3) Préparation pour dent à pivot	DB93	12,20	78,40
<u>Chapitre 9 - Orthodontie</u>			
1) Moulages d'orthodontie fournis à la caisse	DT10	5,65	36,30
2) Examen de la position des dents avec moulages	DT11	13,85	89,00
3) Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif	DT21	71,85	461,50
4) Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif	DT22	84,40	542,10
5) Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction	DT23	84,40	542,10
6a) Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - ACM	DT31	83,45	536,00
6b) Traitement orthodontique, par appareil mobile, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - ACM	DT32	83,40	535,70
7) Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - ACM	DT33	104,85	673,50
8a) Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - ACM	DT34	94,50	607,00

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
8b) Traitement orthodontique, par appareil mobile, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - ACM	DT35	94,45	606,70
9) Traitement orthodontique, par appareil mobile, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM	DT36	200,00	1284,60
10a) Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17 ans, première période de 6 mois, au placement de l'appareil - DSD+ ACM	DT41	83,45	536,00
10b) Traitement orthodontique, par appareil fixe, commencé avant l'âge de 17ans, première période de 6 mois, à la fin de cette période - DSD+ ACM	DT42	83,40	535,70
11) Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - DSD + ACM	DT43	104,85	673,50
12a) Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; au 21e mois du traitement - DSD + ACM	DT44	94,50	607,00
12b) Traitement orthodontique, par appareil fixe, nécessitant plusieurs moulages et appareils par asynchronisme important des rythmes évolutifs des dents et du squelette, troisième période; à la fin du traitement actif ou au 27e mois du traitement - DSD + ACM	DT45	94,45	606,70
13) Traitement orthodontique, par appareil fixe, pour fente labiale ou labio-maxillaire commencé avant l'âge de 17 ans, forfait annuel, à la fin de la période annuelle - APCM	DT46	200,00	1284,60
14) Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique	DT61	66,15	424,90
15) Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique	DT62	110,40	709,10

REMARQUE:

Dès que les codes DT61 ou DT62 (positions 14 et 15) ont été mis en compte, les codes DT10 à DT46 (positions 1 à 13) ne peuvent plus être mis en compte.

Chapitre 10 - Radiodiagnostic

1) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, première radiographie - CAC	DN11	5,45	35,00
2) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, radiographies suivantes, par film	DN12	2,80	18,00
3) Téléradiographie de la face (face ou profil) avec mesure céphalométrique, par cliché	DN13	4,30	27,60
4) Location d'appareil	DN13X	7,65	49,10
5) Orthopantomographie	DN14	5,80	37,30
6) Location d'appareil	DN14X	7,65	49,10
7) Radiographie volumique par faisceau conique [cone beam computerized tomography, CBCT] du maxillaire, de la mandibule et/ou d'arcade dentaire - DSD	DN50	20,56	132,10
8) Radiographie d'une articulation temporo-mandibulaire	DN15	12,00	77,10
9) Location d'appareil	DN15X	7,65	49,10
10) Film 9/13	DN20M	0,85	5,50
11) Film 12/30 à 15/34	DN25M	1,20	7,70
12) Film 18/24	DN30M	1,30	8,40
13) Film 24/30	DN40M	1,80	11,60

REMARQUES:

1) Les codes DN11 et DN12 (positions 1 et 2) ne peuvent être mis en compte qu'au cours d'une même séance.

2) Le code DN50 (position 7) est indiqué pour l'évaluation diagnostique ou préopératoire d'une atypie anatomique en endodontie, d'une pathologie maxillo-mandibulaire ou dentoalvéolaire, ou d'une pathologie osseuse de l'articulation temporo-mandibulaire lorsque les informations indispensables n'ont pas été apportées par l'examen clinique et la radiographie.

Le code DN50 (position 7) ne peut pas être mis en compte lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, sauf en cas d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare ou de séquelles d'une tumeur de la cavité buccale ou des maxillaires.

Chapitre 11 - Prestations réservées à l'assurance accident

1) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD	DW18	14,85	95,40
2) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD	DW19	26,14	167,90
3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD + ACM	DW20	106,93	686,80
4) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD + ACM	DW21	11,88	76,30
5) Couronne à facette - DSD + ACM	DW23	112,87	725,00
6) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD + ACM	DW25	93,26	599,00
7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD + ACM	DW28	20,20	129,70
8) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD + ACM	DW31	20,20	129,70

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°118 du 30.12.1998, p. 3132)

Règlement grand-ducal du 1er août 2001 relatif au basculement en euro le 1er janvier 2002 et modifiant certaines dispositions réglementaires
(Mémorial A – N°117 du 18.09.2001, p. 2449)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°151 du 27.12.2001, p. 3281)

Règlement grand-ducal du 28 novembre 2003 modifiant
1) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins
2) le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes
(Mémorial A – N°177 du 12.12.2003, p. 3588)

Règlement grand-ducal du 18 août 2011 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie et le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°195 du 12.09.2011, p. 3548)

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 modifiant les règlements grand-ducaux modifiés du 21 décembre 1998 arrêtant les nomenclatures des actes et services des médecins et médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°1033 du 07.12.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 18 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°168 du 19.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 30 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°213 du 30.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 17 avril 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°299 du 17.04.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 22 décembre 2023 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°873 du 28.12.2023, p. 1)

Règlement grand-ducal du 11 septembre 2024 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°399 du 20.09.2024, p. 1)

Règlement grand-ducal du 13 février 2025 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins-dentistes pris en charge par l'assurance maladie
(Mémorial A – N°48 du 17.02.2025, p. 1)