



VERSION COORDONNEE AU 01.12.2024 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 | 18 |
| <i>PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX</i> | <i>18</i> |
| Chapitre 1 - Consultations | 18 |
| Section 1 - Consultations normales | 18 |
| Section 2 - Consultations majorées | 18 |
| Section 3 - Tarifs spéciaux | 19 |
| Section 4 - Consultations spéciales | 19 |
| Section 5 - Examen pré-anesthésique du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation..... | 21 |
| Chapitre 2 - Visites | 21 |
| Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier | 21 |
| Section 2 - Visites en milieu hospitalier..... | 22 |
| Chapitre 3 - Déplacements..... | 22 |
| Chapitre 4 - Traitement hospitalier | 22 |
| Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général..... | 22 |
| Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne..... | 22 |
| Section 3 - Traitement hospitalier stationnaire post-opératoire | 23 |
| Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée | 23 |
| Section 5 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs spécifiques par les médecins spécialistes | 23 |
| Section 6 - Traitement hospitalier stationnaire avec soins intensifs par le médecin anesthésiste-réanimateur..... | 24 |
| Section 7 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par le médecin anesthésiste-réanimateur | 24 |
| Section 8 - Traitement hospitalier stationnaire avec manoeuvres de réanimation complexes par équipe de spécialistes en pédiatrie | 24 |
| Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs | 25 |
| Section 10 - Traitement hospitalier en lit d'hospitalisation de jour | 25 |
| Section 11 - Traitement hospitalier en lit-porte | 25 |
| Section 12 - Traitement hospitalier stationnaire pour des patients atteints du COVID-19 | 25 |
| Section 13 - Traitement hospitalier dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux | 25 |
| Chapitre 5 - Rapports | 26 |
| Section 1 - Rapports au médecin traitant..... | 26 |
| Section 2 - Rapports au contrôle médical de la sécurité sociale | 26 |
| Section 3 - Rapport à l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance | 26 |
| Section 4 - Rapport dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux..... | 26 |
| Chapitre 6 - Examens à visée préventive et de dépistage..... | 26 |
| Section 1 - Examens prénatals de la femme et examens des enfants jusqu'à l'âge de deux ans, tels que prévus par les articles 277 à 293 du chapitre III intitulé «Allocation de naissance» du livre IV intitulé «Prestations familiales» du Code de la sécurité sociale | 26 |
| Section 2 - Examens médicaux systématiques pour les enfants âgés de deux à quatre ans prévus par la loi du 15 mai 1984 | 27 |
| 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..... | 27 |
| 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 | 27 |
| Chapitre 7 - Forfaits médicaux pour surveillance des cures thermales | 28 |
| Chapitre 8 - Forfaits médicaux pour suivi dans un centre de jour..... | 29 |

| | |
|---|-----------|
| Chapitre 9 - Médecin référent..... | 29 |
| Chapitre 10 - Consultations dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire en oncologie | 29 |
| DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES..... | 30 |
| Chapitre 1 - Médecine générale - Spécialités non chirurgicales..... | 30 |
| Section 1 - Médecine Générale..... | 30 |
| Section 2 - Médecine Interne spécialisée | 31 |
| Section 3 - Cardiologie..... | 32 |
| Section 4 - Pneumologie | 34 |
| Section 5 - Neurologie, psychiatrie et algologie..... | 35 |
| Section 6 - Gastro-Entérologie..... | 37 |
| Section 7 - Rhumatologie - Rééducation, réadaptation et réhabilitation..... | 38 |
| Section 8 - Dermatologie..... | 39 |
| Section 9 - Gériatrie | 39 |
| Section 10 - Médecine génétique..... | 40 |
| Section 11 - Endocrinologie | 40 |
| Chapitre 2 - Chirurgie | 41 |
| Section 1 - Traitement des lésions traumatiques..... | 41 |
| Section 2 - Chirurgie générale | 42 |
| Section 3 - Chirurgie des os et des articulations..... | 43 |
| Section 4 - Chirurgie des membres..... | 45 |
| Section 5 - Chirurgie du thorax et du cou | 46 |
| Section 6 - Chirurgie de l'appareil digestif et de l'abdomen | 51 |
| Section 7 - Neurochirurgie, Chirurgie du rachis | 61 |
| Section 8 - Chirurgie réparatrice et reconstructrice | 64 |
| Section 9 - Chirurgie vasculaire | 67 |
| Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie | 69 |
| Section 1 - Oreilles | 69 |
| Section 2 - Nez et Sinus..... | 70 |
| Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée..... | 71 |
| Chapitre 4 - Ophtalmologie | 71 |
| Section 1 - Examens Ophtalmiques..... | 71 |
| Section 2 - Chirurgie des paupières et des voies lacrymales | 72 |
| Section 3 - Chirurgie de la conjonctive et de la cornée..... | 72 |
| Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique..... | 72 |
| Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur..... | 72 |
| Section 6 - Orbite | 73 |
| Chapitre 5 - Urologie | 73 |
| Section 1 - Explorations électrophysiologiques de l'appareil urinaire..... | 73 |
| Section 2 - Actes diagnostiques par imagerie de l'appareil urinaire | 73 |
| Section 3 - Endoscopie de l'appareil urinaire..... | 73 |
| Section 4 - Ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil urinaire..... | 73 |
| Section 5 - Actes thérapeutiques sur le rein | 74 |
| Section 6 - Actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures | 74 |
| Section 7 - Actes thérapeutiques sur la vessie | 75 |
| Section 8 - Actes thérapeutiques sur l'urètre | 76 |
| Section 9 - Actes thérapeutiques sur la prostate et les vésicules séminales | 76 |
| Section 10 - Actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal | 77 |
| Section 11 - Actes thérapeutiques sur le pénis..... | 77 |
| Section 12 - Actes thérapeutiques sur le périnée | 77 |
| Section 13 - Autres actes thérapeutiques sur l'appareil urinaire et génital | 78 |
| Chapitre 6 - Gynécologie..... | 78 |
| Section 1 - Obstétrique..... | 78 |
| Section 2 - Gynécologie, actes non liés à la gestation ou à l'accouchement | 79 |
| Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité..... | 80 |
| Chapitre 7 - Anesthésie - Réanimation | 80 |
| Section 1 - Anesthésie générale | 80 |
| Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale | 80 |
| Section 3 - Autres actes d'anesthésie-réanimation..... | 81 |
| Section 4 - Urgences extra-hospitalières | 81 |
| Section 5 - Anesthésie péridurale | 81 |
| Chapitre 8 - Imagerie médicale, radiologie interventionnelle, radiothérapie..... | 81 |
| Section 1 - Radiodiagnostic | 81 |

| | |
|---|------------|
| Section 2 - Radiothérapie..... | 84 |
| Section 3 - Imagerie médicale utilisant les agents physiques sans radiations ionisantes..... | 86 |
| Section 4 - Diagnostic par les isotopes radioactifs (médecine nucléaire)..... | 87 |
| Section 5 - Radiologie interventionnelle (Interventions percutanées sous contrôle d'imagerie médicale)..... | 88 |
| Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes..... | 90 |
| Chapitre 9 - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire..... | 90 |
| Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires..... | 90 |
| Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale..... | 91 |
| 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)..... | 92 |
| | |
| MEDECINS-DENTISTES..... | 101 |
| 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..... | 102 |
| Dispositions générales..... | 102 |
| Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal..... | 108 |
| <i>PREMIERE PARTIE : ACTES GENERAUX.....</i> | <i>108</i> |
| Chapitre 1 - Consultations du médecin-dentiste..... | 108 |
| Chapitre 2 - Visites du médecin-dentiste..... | 108 |
| Section 1 - Visites en milieu extra-hospitalier..... | 108 |
| Section 2 - Visite en milieu hospitalier..... | 108 |
| Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste..... | 108 |
| Chapitre 4 - Traitement hospitalier stationnaire du médecin-dentiste..... | 108 |
| Section 1 - Traitement stationnaire interne..... | 108 |
| Section 2 - Traitement post-opératoire..... | 108 |
| Chapitre 5 - Rapports du Médecin-dentiste..... | 108 |
| Chapitre 6 - Examens à visée préventive du médecin-dentiste..... | 109 |
| 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..... | 109 |
| 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)..... | 109 |
| Chapitre 7 - Tarifs spéciaux..... | 109 |
| <i>DEUXIEME PARTIE : ACTES TECHNIQUES.....</i> | <i>109</i> |
| Chapitre 1 - Soins gingivaux et dentaires..... | 109 |
| Section 1 - Soins sur le parodonte..... | 109 |
| Section 2 - Soins généraux et sur le parodonte..... | 109 |
| Section 3 - Restauration des tissus durs de la dent..... | 110 |
| Section 4 - Exérèse de la pulpe et du contenu canalaire de la dent : inclut la mise en forme canaire et l'obturation radiculaire..... | 110 |
| Section 5 - Restauration des tissus durs de la dent : comprend l'exérèse de lésion carieuse de dent..... | 110 |
| Chapitre 2 - Avulsions dentaires..... | 111 |
| Chapitre 3 - Extractions chirurgicales..... | 112 |
| Chapitre 4 - Pose d'implant(s) osseux sur le crâne et la face..... | 112 |
| Section 1 - Actes préimplantaires..... | 112 |
| Section 2 - Pose d'implant chez l'adulte..... | 112 |
| Section 3 - Dégagement et activation chez l'adulte..... | 112 |
| Chapitre 5 - Prothèse dentaire adjointe..... | 112 |
| Chapitre 6 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe..... | 113 |
| Chapitre 7 - Prothèse conjointe..... | 113 |
| Chapitre 8 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe..... | 113 |
| Chapitre 9 - Orthodontie..... | 113 |
| Chapitre 10 - Radiodiagnostic..... | 114 |
| Chapitre 11 - Prestations réservées à l'assurance accident..... | 114 |

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) 115

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 "Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - 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.

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 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. Par dérogation à ce qui précède, la coéloscopie (6G31) peut être cumulée avec l'acte opératoire auquel elle se rapporte.

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".

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.

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.

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.- Les forfaits d'accouchement comprennent l'assistance à l'accouchement et l'anesthésie péridurale pour accouchement prévus à la sous-section 1 intitulée «Forfaits d'accouchement» de la section 1 intitulée «Obstétrique» du Chapitre 6 intitulé «Gynécologie» de la deuxième partie intitulée «Actes techniques» de l'annexe et à la section 5 intitulée «Anesthésie péridurale» du Chapitre 7 intitulé «Anesthésie-Réanimation» de la deuxième partie intitulée «Actes techniques» de l'annexe. 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 la surveillance médicale et les actes nécessaires le jour de l'accouchement, sauf ceux énumérés à la section 1 sous-section 3.

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, sclérodémie 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: 0,55011

NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES MEDECINS

| | |
|-----------------------------|-------------------|
| Cote d'application: | 944,43 |
| Valeur lettre-clé: | 5,1954 |
| Valable à partir du: | 01.03.2024 |

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 | 62,10 |
| 2) Consultation du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie | C2 | 10,97 | 57,00 |
| 3) Consultation du médecin spécialiste en cardiologie et angiologie | C3 | 9,97 | 51,80 |
| 4) Consultation du médecin spécialiste en gastro-entérologie | C4 | 8,66 | 45,00 |
| 5) Consultation du médecin spécialiste en pneumologie | C5 | 8,89 | 46,20 |
| 6) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie pour un enfant jusqu'à l'âge de 18 ans | C6 | 13,09 | 68,00 |
| 7) Consultation du médecin spécialiste en pédiatrie | C7 | 8,90 | 46,20 |
| 8) Consultation du médecin spécialiste en dermato-vénéréologie | C8 | 12,24 | 63,60 |
| 9) Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie | C9 | 12,24 | 63,60 |
| 10) Consultation du médecin spécialiste en neurologie | C10 | 13,32 | 69,20 |
| 11) Consultation du médecin spécialiste en rhumatologie | C11 | 12,58 | 65,40 |
| 12) Consultation du médecin spécialiste en rééducation et en réadaptation fonctionnelles | C12 | 9,13 | 47,40 |
| 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 | 45,00 |
| 14) Consultation du médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique | C14 | 8,66 | 45,00 |
| 15) Consultation du médecin spécialiste en urologie | C15 | 8,66 | 45,00 |
| 16) Consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie | C16 | 11,52 | 59,90 |
| 17) Consultation du médecin spécialiste en oto-rhino-laryngologie | C17 | 8,66 | 45,00 |
| 18) Consultation du médecin spécialiste en stomatologie | C18 | 8,66 | 45,00 |
| 19) Consultation du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation (non en rapport avec un examen pré-anesthésique) | C19 | 7,13 | 37,00 |
| 20) Consultation du médecin spécialiste en radiodiagnostic, en radiothérapie, en médecine nucléaire | C20 | 8,66 | 45,00 |
| 21) Consultation du chirurgien rattaché au service national de chirurgie infantile pour un enfant de moins de 18 ans | C21 | 11,65 | 60,50 |
| 23) Consultation du médecin spécialiste en endocrinologie | C23 | 13,32 | 69,20 |
| 24) Consultation du médecin spécialiste en chirurgie pédiatrique | C24 | 11,65 | 60,50 |
| 29) Consultation faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg | C29 | 8,66 | 45,00 |
| 30) Consultation du médecin spécialiste en médecine génétique | C75 | 13,32 | 69,20 |
| 31) Consultation du médecin spécialiste en psychiatrie infantile | C78 | 12,24 | 63,60 |

Section 2 - Consultations majorées

| | | | |
|--|-----|-------|-------|
| 1) Consultation majorée du médecin spécialiste en - médecine interne - oncologie - endocrinologie - hématologie - immunologie - maladies contagieuses - néphrologie | C30 | 16,59 | 86,20 |
| 2) Consultation majorée du médecin spécialiste en gastro-entérologie | C31 | 15,18 | 78,90 |
| 3) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurologie | C32 | 16,31 | 84,70 |
| 4) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie | C33 | 15,18 | 78,90 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 5) Consultation majorée du médecin spécialiste en rhumatologie | C34 | 17,06 | 88,60 |
| 6) Consultation majorée du médecin spécialiste en rééducation et réadaptation fonctionnelles | C35 | 15,18 | 78,90 |
| 7) Consultation majorée du médecin spécialiste en neurochirurgie | C36 | 15,18 | 78,90 |
| 8) Consultation majorée faite au Luxembourg par un professeur d'université ne résidant pas au Luxembourg | C37 | 22,78 | 118,40 |
| 9) Consultation majorée du médecin généraliste et du médecin spécialiste en gériatrie | C38 | 17,83 | 92,60 |
| 10) Consultation majorée du médecin spécialiste en radiothérapie | C39 | 16,59 | 86,20 |
| 11) Consultation majorée du médecin spécialiste en dermatologie | C40 | 16,59 | 86,20 |
| 12) Consultation majorée du médecin spécialiste en médecine génétique | C76 | 16,59 | 86,20 |
| 13) Consultation majorée du médecin spécialiste en psychiatrie infantile | C79 | 15,18 | 78,90 |
| Section 3 - Tarifs spéciaux | | | |
| 1) Renouvellement d'ordonnance | C41 | 3,82 | 19,80 |
| 2) Injections et pansements en série, par séance (non applicable pour médicaments non à charge , sauf vaccin) | C42 | 3,82 | 19,80 |
| 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 | 62,10 |
| 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 | 287,80 |
| 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 | 19,80 |
| 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 | 62,10 |
| 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 | 66,00 |
| 2) Consultation du soir demandée et faite entre 19h et 22h | C52 | 13,84 | 71,90 |
| 3) Consultation de dimanche et de jour férié légal | C53 | 13,84 | 71,90 |
| 4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures | C54 | 20,49 | 106,50 |
| <i>Sous-section 2 - Médecins-spécialistes en pédiatrie</i> | | | |
| 1) Consultation urgente du pédiatre | C55 | 14,55 | 75,60 |
| 2) Consultation du soir demandée et faite entre 19h et 22h du pédiatre | C56 | 17,66 | 91,80 |
| 3) Consultation de dimanche et de jour férié légal du pédiatre | C57 | 17,66 | 91,80 |
| 4) Consultation de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures du pédiatre | C58 | 24,26 | 126,00 |
| <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 | 75,60 |
| 2) Consultation au service national d'urgence pédiatrique correspondant aux niveaux d'urgence 4 et 5 selon | C591 | 26,50 | 137,70 |

- l'échelle canadienne de triage et de gravité (ETG), faite entre 19h et 22h
- 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 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

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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

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
- 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
- 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

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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| | C592 | 26,50 | 137,70 |
| | C593 | 36,39 | 189,10 |
| | C594 | 25,48 | 132,40 |
| | C595 | 46,38 | 241,00 |
| | C596 | 46,38 | 241,00 |
| | C597 | 63,70 | 330,90 |
| REMARQUE: | | | |
| Les positions C590 à C597 ne sont pas utilisables pour les consultations faites au sein d'une Maison Médicale Pédiatrique. | | | |
| <i>Sous-section 4 - Consultation dans le cadre du service d'urgence d'un hôpital de garde</i> | | | |
| | C600 | 12,71 | 66,00 |
| | C601 | 13,84 | 71,90 |
| | C602 | 13,84 | 71,90 |
| | C603 | 20,49 | 106,50 |
| | C604 | 25,42 | 132,10 |
| | C605 | 27,69 | 143,90 |
| | C606 | 27,69 | 143,90 |
| | C607 | 40,99 | 213,00 |
| <i>Sous-section 5 - Consultations dans un centre de consultations dédié à la prise en charge des patients atteints du COVID-19</i> | | | |
| | C801 | 11,95 | 62,10 |
| | C802 | 13,84 | 71,90 |
| | C803 | 13,84 | 71,90 |
| <i>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</i> | | | |
| | C811 | 12,71 | 66,00 |
| | C812 | 13,84 | 71,90 |
| | C813 | 13,84 | 71,90 |
| | C814 | 20,49 | 106,50 |
| | C815 | 25,42 | 132,10 |
| | C816 | 27,69 | 143,90 |
| | C817 | 27,69 | 143,90 |
| | C818 | 40,99 | 213,00 |

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 | 75,60 |
| 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 | 137,70 |
| 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 | 137,70 |
| 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 | 189,10 |
| 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 | 132,40 |
| 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 | 241,00 |
| 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 | 241,00 |
| 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 | 330,90 |

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

| | | | |
|---|-----|-------|-------|
| 1) Examen pré-anesthésique à l'hôpital avant l'intervention | C61 | 7,04 | 36,60 |
| 2) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le soir entre 20 et 22 heures | C62 | 12,39 | 64,40 |
| 3) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait le dimanche ou un jour férié légal | C63 | 12,39 | 64,40 |
| 4) Examen pré-anesthésique à l'hôpital devant être fait la nuit entre 22 et 7 heures | C64 | 18,35 | 95,30 |
| 5) Examen pré-anesthésique pour intervention programmée | C71 | 7,04 | 36,60 |
| 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 | 36,60 |

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 | 78,00 |
| 2) Visite du médecin spécialiste | V2 | 12,86 | 66,80 |
| 3) Visite urgente | V3 | 16,35 | 84,90 |
| 4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures | V4 | 19,29 | 100,20 |
| 5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures | V5 | 16,35 | 84,90 |
| 6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal | V6 | 19,29 | 100,20 |
| 7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures | V7 | 26,10 | 135,60 |
| 8) Visite majorée du médecin généraliste ou du médecin spécialiste en gériatrie | V8 | 17,98 | 93,40 |

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 | 78,00 |
| 2) Visite du pédiatre | V11 | 12,86 | 66,80 |
| 5) Visite urgente | V12 | 18,98 | 98,60 |
| 6) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures | V13 | 21,92 | 113,90 |
| 7) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures | V14 | 18,98 | 98,60 |
| 8) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal | V15 | 21,92 | 113,90 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 9) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures | V16 | 28,57 | 148,40 |
| <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 | 100,20 |
| 2) Visite urgente | V301 | 19,29 | 100,20 |
| 3) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures | V401 | 19,29 | 100,20 |
| 4) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures | V501 | 19,29 | 100,20 |
| 5) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal | V601 | 19,29 | 100,20 |
| 6) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures | V701 | 26,10 | 135,60 |
| <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 | 100,20 |
| 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 | 73,50 |
| 2) Visite du médecin spécialiste | V21 | 14,15 | 73,50 |
| 3) Visite urgente | V22 | 17,99 | 93,50 |
| 4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures | V23 | 21,22 | 110,20 |
| 5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures | V24 | 17,99 | 93,50 |
| 6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal | V25 | 21,22 | 110,20 |
| 7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures | V26 | 28,70 | 149,10 |
| <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 | 85,80 |
| 2) Visite du pédiatre | V31 | 14,15 | 73,50 |
| 3) Visite urgente | V32 | 20,87 | 108,40 |
| 4) Visite du soir demandée et faite entre 18 et 22 heures | V33 | 24,12 | 125,30 |
| 5) Visite demandée et faite le samedi après 12 heures | V34 | 20,87 | 108,40 |
| 6) Visite demandée et faite le dimanche ou un jour férié légal | V35 | 24,12 | 125,30 |
| 7) Visite de nuit demandée et faite entre 22 et 7 heures | V36 | 31,43 | 163,30 |
| Chapitre 3 - Déplacements | | | |
| 1) Indemnité horo-kilométrique par kilomètre | K1 | 0,72 | 3,70 |
| 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 | 5,40 |
| 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 | 3,70 |
| Chapitre 4 - Traitement hospitalier | | | |
| Section 1 - Traitement hospitalier stationnaire général | | | |
| 1) 1er jour d'hospitalisation | F11 | 4,04 | 21,00 |
| 2) 1er jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal | F111 | 7,07 | 36,70 |
| 3) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour | F12 | 4,04 | 21,00 |
| 4) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal | F121 | 7,07 | 36,70 |
| 5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour | F13 | 2,05 | 10,70 |
| 6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour | F14 | 1,00 | 5,20 |
| Section 2 - Traitement hospitalier stationnaire interne | | | |
| 1) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste | F20 | 24,10 | 125,20 |
| 2) 1er jour d'hospitalisation en cas de malade transféré à un médecin spécialiste, le dimanche ou un jour férié légal | F201 | 42,18 | 219,10 |
| 3) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré) | F21 | 8,57 | 44,50 |
| 4) 1er jour d'hospitalisation (malade non transféré), le dimanche ou un jour férié légal | F211 | 14,99 | 77,90 |
| 5) 2e au 14e jour d'hospitalisation, par jour | F22 | 6,49 | 33,70 |
| 6) 2e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal | F221 | 11,37 | 59,10 |
| 7) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour | F23 | 3,37 | 17,50 |
| 8) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour | F24 | 1,00 | 5,20 |
| 9) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en oncologie | F25 | 30,16 | 156,70 |
| 10) 1er jour d'hospitalisation d'un malade transféré à un médecin spécialiste en médecine interne ou en | F251 | 52,78 | 274,20 |

| | 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 | 78,30 |
| 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 | 137,10 |
| 13) 1er jour d'hospitalisation d'un enfant de moins de 14 ans transféré à un médecin spécialiste en pédiatrie | F27 | 24,10 | 125,20 |
| 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 | 219,10 |
| 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 | 44,50 |
| 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 | 77,90 |
| 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 | 250,40 |
| 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 | 438,20 |
| 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 | 89,00 |
| 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 | 155,70 |
| 21) 2ième au 7ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, par jour | F29 | 16,43 | 85,40 |
| 22) 2ième au 7ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, le dimanche ou un jour férié légal | F291 | 28,75 | 149,40 |
| 23) 8ième au 14ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, par jour | F30 | 10,83 | 56,30 |
| 24) 8ième au 14ième jour d'hospitalisation dans un service de gériatrie aiguë, le dimanche ou un jour férié légal | F301 | 18,96 | 98,50 |
| 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 | 17,90 |
| 2) 1er au 7e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal | F311 | 6,03 | 31,30 |
| 3) 8e au 14e jour d'hospitalisation, par jour | F32 | 1,71 | 8,90 |
| 4) 8e au 14e jour d'hospitalisation, le dimanche ou un jour férié légal | F321 | 3,00 | 15,60 |
| 5) 15e au 42e jour d'hospitalisation, par jour | F33 | 1,11 | 5,80 |
| 6) A partir du 43e jour d'hospitalisation, par jour | F34 | 1,00 | 5,20 |
| Section 4 - Traitement hospitalier stationnaire de longue durée | | | |
| 1) Traitement en cas d'hébergement reconnu, par jour | F40 | 0,99 | 5,10 |
| 2) Traitement stationnaire dans un service de rééducation gériatrique, par jour d'hospitalisation | F42 | 10,89 | 56,60 |
| 3) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de rééducation fonctionnelle et réadaptation, par jour d'hospitalisation | F43 | 10,89 | 56,60 |
| 4) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en soins normaux | F48 | 10,89 | 56,60 |
| 5) Traitement stationnaire dans un établissement spécialisé de réhabilitation psychiatrique, par jour d'hospitalisation en unité fermée | F49 | 13,51 | 70,20 |
| 6) Traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation physique, par jour d'hospitalisation | F44 | 10,89 | 56,60 |
| 7) Traitement stationnaire dans le service national de réhabilitation post-oncologique, par jour d'hospitalisation | F45 | 10,89 | 56,60 |
| 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 | 246,90 |
| 2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal | F511 | 71,27 | 370,30 |
| 3) 3e au 6e jour de soins intensifs, par jour | F52 | 24,10 | 125,20 |
| 4) 3e au 6e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal | F521 | 36,15 | 187,80 |

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 | 267,10 |
| 2) 1er et 2e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal | F611 | 77,12 | 400,70 |
| 3) A partir du 3e jour de soins intensifs, par jour | F62 | 20,04 | 104,10 |
| 4) A partir du 3e jour de soins intensifs, le dimanche ou un jour férié légal | F621 | 30,06 | 156,20 |

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 | 160,10 |
| 2) 1er et 2e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal | F651 | 46,23 | 240,20 |
| 3) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, par jour | F66 | 30,82 | 160,10 |
| 4) A partir du 3e jour de soins intensifs post-opératoires, le dimanche ou un jour férié légal | F661 | 46,23 | 240,20 |

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 | 104,10 |
| 2) Traitement par anesthésie continue, le dimanche ou un jour férié légal | F681 | 30,06 | 156,20 |

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 | 104,10 |
| 2) Traitement de la douleur aiguë post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal | F691 | 30,06 | 156,20 |

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 ;
- 3L72 à 3L77, 3L91 ;
- MQA12 à MQR15, MLA22 à MLR24, MLQ17 et MZA15 à MZR15 ;
- 6G83, 6G94.

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 | 608,40 |
| 2) 1er et 2e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal | F711 | 175,66 | 912,60 |
| 3) 3e et 4e jour de réanimation, par jour | F72 | 58,55 | 304,20 |
| 4) 3e et 4e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal | F721 | 87,84 | 456,40 |
| 5) A partir du 5e jour de réanimation, par jour | F73 | 35,07 | 182,20 |
| 6) A partir du 5e jour de réanimation, le dimanche ou un jour férié légal | F731 | 52,62 | 273,40 |

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 | 307,90 |
| 2) 1er et 2e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal | F751 | 88,90 | 461,90 |
| 3) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, par jour | F76 | 59,27 | 307,90 |
| 4) 3e et 4e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal | F761 | 88,90 | 461,90 |
| 5) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, par jour | F77 | 59,27 | 307,90 |
| 6) A partir du 5e jour de réanimation post-opératoire, le dimanche ou un jour férié légal | F771 | 88,90 | 461,90 |

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

| | | | |
|--|------|--------|--------|
| 1) Forfait par jour | F80 | 59,84 | 310,90 |
| 2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal | F801 | 89,76 | 466,30 |
| 3) 1er et 2e jour de réanimation par un médecin spécialiste en pédiatrie dans le service national de soins | F802 | 117,11 | 608,40 |

| | 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 | 912,60 |
| 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 | 466,30 |
| 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 | 699,50 |
| Section 9 - Traitement hospitalier stationnaire interne en unité ou en service de soins palliatifs | | | |
| 1) Forfait par jour | F85 | 15,81 | 82,10 |
| 2) Forfait le dimanche ou un jour férié légal | F851 | 27,67 | 143,80 |
| 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 | 125,20 |
| 2) Forfait par jour en cas de traitement en lit d'hospitalisation de jour, pour un patient non transféré | F91 | 8,57 | 44,50 |
| 3) Forfait par jour en lit d'hospitalisation de jour dans le service national de pédiatrie spécialisée | F92 | 48,20 | 250,40 |
| 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 | 24,70 |
| 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 | 184,60 |
| 2) Forfait par jour en cas de traitement en lit-porte du service national d'urgence pédiatrique | F94 | 48,20 | 250,40 |
| 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 | 246,90 |
| 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 | 370,30 |
| 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 | 125,20 |
| 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 | 187,80 |
| 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 | 33,70 |
| 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 | 59,10 |
| <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 | 608,40 |
| 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 | 912,60 |
| 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 | 304,20 |
| 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 | 456,40 |
| 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 | 267,00 |

| | 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 | 400,60 |
| 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 | 70,20 |
| 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 | 105,30 |
| 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 | 48,50 |
| 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 | 48,50 |
| 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 | 72,70 |
| 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 | 72,70 |
| 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 | 76,60 |
| 2) Rapport médical dans le cadre de la fixation éventuelle d'un taux d'incapacité de travail partielle permanente (IPP) | R5 | 10,39 | 54,00 |
| 3) Rapport après hospitalisation pour accident de travail | R6 | 11,79 | 61,30 |
| 4) Déclaration d'une maladie professionnelle par le médecin traitant | R8 | 6,43 | 33,40 |
| 5) Rapport médical de constitution de dossier en cas d'accident du travail | R9 | 6,43 | 33,40 |
| 6) Rapport médical en vue de la réouverture d'un dossier accident | R11 | 6,43 | 33,40 |
| 7) Rapport médical dans le cadre d'une demande en aggravation d'un accident du travail consolidé | R12 | 6,43 | 33,40 |
| 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 | 76,60 |
| 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 | 48,50 |
| 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 277 à 293 du chapitre III intitulé «Allocation de naissance» du livre IV intitulé «Prestations familiales» du Code de la sécurité sociale | | | |
| <i>Sous-section 1 - Examens prénatals</i> | | | |
| 1) 1er examen effectué par le médecin habilité à cet effet par la loi avant la fin du 3e mois de la grossesse comportant la remise du carnet dûment complété | E2 | 17,55 | 91,20 |
| 2) 2e examen (au plus tard dans la deuxième quinzaine du 4e mois) | E3 | 8,25 | 42,90 |
| 3) 3e examen (au cours du 6e mois) | E4 | 8,25 | 42,90 |
| 4) 4e examen (dans les quinze premiers jours du 8e mois) | E5 | 8,25 | 42,90 |
| 5) 5e examen (dans les quinze premiers jours du 9e mois) | E6 | 8,25 | 42,90 |
| <i>Sous-section 2 - Examen postnatal</i> | | | |
| 1) Examen dans les dix semaines qui suivent l'accouchement, mais au plus tôt après l'expiration des deux premières semaines qui suivent l'accouchement | E7 | 8,25 | 42,90 |
| <i>Sous-section 3 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un pédiatre</i> | | | |
| 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 | E8 | 15,54 | 80,70 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 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 | E9 | 15,54 | 80,70 |
| 3) 3e examen périnatal à l'âge de 3 à 8 semaines | E10 | 15,54 | 80,70 |
| 4) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois | E11 | 15,54 | 80,70 |
| 5) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois | E12 | 15,54 | 80,70 |
| 6) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois | E13 | 15,54 | 80,70 |
| REMARQUE: | | | |
| 1) Ces actes ne pourront être mis en compte qu'une seule fois par enfant. | | | |
| <i>Sous-section 4 - Examens médicaux des enfants en bas âge par un médecin autre que le pédiatre</i> | | | |
| 1) 3e examen périnatal à l'âge de 3 à 8 semaines | E14 | 9,26 | 48,10 |
| 2) 4e examen périnatal à l'âge de 4 à 6 mois | E15 | 9,26 | 48,10 |
| 3) 5e examen périnatal à l'âge de 9 à 12 mois | E16 | 9,26 | 48,10 |
| 4) 6e examen périnatal à l'âge de 21 à 24 mois | E17 | 9,26 | 48,10 |
| 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 | E18 | 15,54 | 80,70 |
| 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 | E19 | 15,54 | 80,70 |
| 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 | E20 | 10,64 | 55,30 |
| 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) | E30 | 10,64 | 55,30 |
| 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) | E31 | 10,05 | 52,20 |
| 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) | E32 | 15,81 | 82,10 |
| 5) Consultation suivie du traitement d'initialisation en vue du sevrage tabagique dans le cadre du programme pilote d'aide au sevrage tabagique | E40 | 21,12 | 109,70 |
| 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 | E45 | 9,05 | 47,00 |
| 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 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 | E60 | 21,64 | 112,40 |
| 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 | | | |
| 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 | 92,70 |
| 2) Forfait pour ablation d'implant contraceptif sous-cutané, frais de matériel (pansement, suture si besoin) | NZA12 | 26,77 | 139,10 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 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 | | | |
| 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 | 185,50 |
| 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 | 197,10 |
| 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 | 214,40 |
| 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 | 79,70 |
| 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 | 79,70 |
| 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 | 86,20 |
| 9) Examen pré-anesthésique effectué avant la ligature tubaire hors-césarienne | NZQ13 | 15,81 | 82,10 |
| 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 | 86,20 |
| 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 | 86,20 |
| 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 | 86,20 |

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 | 167,10 |
| 2) Foie/Rhumatisme, par journée | G2 | 1,53 | 7,90 |
| 3) Voies respiratoires inférieures, pour 21 jours | G3 | 32,16 | 167,10 |
| 4) Voies respiratoires inférieures, par journée | G4 | 1,53 | 7,90 |
| 5) Voies respiratoires supérieures, pour 21 jours | G5 | 32,16 | 167,10 |
| 6) Voies respiratoires supérieures, par journée | G6 | 1,53 | 7,90 |
| 7) Stase lympho-veineuse, pour 21 jours | G7 | 32,16 | 167,10 |
| 8) Stase lympho-veineuse, par journée | G8 | 1,53 | 7,90 |
| 9) Obésité pathologique, pour 21 jours | G9 | 32,16 | 167,10 |
| 10) Obésité pathologique, par journée | G10 | 1,53 | 7,90 |
| 11) Obésité pathologique, cure en ambulatoire | G11 | 32,16 | 167,10 |
| 12) Obésité pathologique, cure ambulatoire par demi-journée | G12 | 1,53 | 7,90 |
| 13) Symptômes persistants de la COVID-19, pour trois ou dix semaines | G13 | 32,16 | 167,10 |
| 14) Symptômes persistants de la COVID-19, par journée | G14 | 1,53 | 7,90 |

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

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie infantile | J1 | 12,66 | 65,80 |
| 2) Forfait par demi-journée pour un enfant présent au centre de jour du service national de psychiatrie juvénile | J2 | 12,66 | 65,80 |
| 3) Forfait par demi-journée pour un patient présent à l'hôpital de jour rattaché à l'un des services régionaux de psychiatrie | J3 | 9,06 | 47,10 |
| 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 | J4 | 9,06 | 47,10 |
| 5) Forfait pour le traitement ambulatoire d'un patient dans un service de rééducation gériatrique ou de rééducation fonctionnelle, par jour | J9 | 3,92 | 20,40 |
| 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 | J10 | 3,92 | 20,40 |

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 | 132,30 |
|---|------|-------|--------|

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 cancérologie

| | | | |
|---|----|-------|--------|
| 1) Consultation du médecin spécialiste rapporteur participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie | P1 | 35,00 | 181,80 |
| 2) Consultation du médecin spécialiste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie | P2 | 26,00 | 135,10 |
| 3) Consultation du médecin généraliste participant à la réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie | P3 | 30,00 | 155,90 |

REMARQUES:

- 1) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie relative à la détermination de la stratégie thérapeutique à prendre pour des patients cancérologiques est organisée par le Conseil médical de

l'établissement hospitalier agréé par le ministère de la Santé.

- 2) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie 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 cancérologie peut être mis en compte au maximum deux fois par patient et par entité d'affection maligne.
- 4) La réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie 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 cancérologie 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 cancérologie peut mettre en compte l'indemnité horo-kilométrique.
- 7) Les médecins radiothérapeutes et anatomopathologistes peuvent assister par vidéoconférence aux réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie.

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.

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Infiltration du ganglion de Gasser, infiltration périaortique | 1M11 | 13,73 | 71,30 |
| 2) Infiltration d'un ganglion ou d'un nerf profond de la tête ou du cou | 1M12 | 6,50 | 33,80 |
| 3) Infiltration du sympathique dorsal, lombaire, pelvien ou splanchnique - CAC | 1M13 | 4,30 | 22,30 |
| 4) Infiltration périnerveuse profonde - CAC | 1M14 | 3,63 | 18,90 |
| 5) Infiltration de tendons, de ligaments, d'apophyses osseuses, de gaines synoviales - CAC | 1M15 | 3,63 | 18,90 |
| 6) Infiltration pour syndrome du canal carpien ou tarsien, du trou sacré, de l'hiatus sacro-coccygien | 1M16 | 6,55 | 34,00 |
| 7) Infiltration périurale | 1M17 | 9,52 | 49,50 |

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 | 48,50 |
| 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 | 93,90 |
| 3) Cathétérisme d'une artère chez l'enfant, perfusion ou transfusion comprise | 1M23 | 27,88 | 144,80 |
| 4) Prise de sang ou injection intraveineuse chez l'enfant de moins de 12 mois - CAC | 1M24 | 2,10 | 10,90 |
| 5) Injection intra-artérielle | 1M25 | 6,50 | 33,80 |
| 6) Injection intraveineuse pour épreuve fonctionnelle dans un laboratoire d'analyses médicales et de biologie clinique | 1M28 | 4,11 | 21,40 |
| 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 | 27,30 |
| 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 | 33,30 |
| 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 | 27,30 |
| 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 | 33,30 |
| 12) Exsanguino-transfusion chez l'adulte ou l'enfant | 1M35 | 87,14 | 452,70 |
| 13) Exsanguino-transfusion chez le nouveau-né | 1M36 | 67,29 | 349,60 |
| 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 | 327,70 |
| 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 | 131,40 |
| 16) Mise en place ou changement d'un port sous-cutané avec contrôle radiologique | 1M39 | 37,78 | 196,30 |

Sous-section 3 - Ponctions

| | | | |
|--|------|------|-------|
| 1) Ponction d'une collection superficielle (abcès, kyste, hydrocèle ...) - CAC | 1M41 | 2,63 | 13,70 |
| 2) Ponction d'une collection profonde (sous-aponévrotique) | 1M42 | 6,50 | 33,80 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 3) Ponction d'une articulation autre que la hanche | 1M45 | 6,50 | 33,80 |
| 4) Ponction d'une hanche | 1M46 | 10,76 | 55,90 |
| 5) Ponction de gaine tendineuse ou de bourse séreuse | 1M47 | 6,55 | 34,00 |
| 6) Saignée | 1M51 | 3,49 | 18,10 |
| 7) Ponction-biopsie d'un tissu ou organe peu profond - CAC | 1M52 | 2,63 | 13,70 |
| 8) Ponction sternale ou de la crête iliaque | 1M53 | 6,70 | 34,80 |
| 9) Ponction exploratrice de la cavité thoracique ou abdominale - CAC | 1M61 | 3,63 | 18,90 |
| 10) Ponction de la cavité thoracique ou abdominale et évacuation de grandes quantités | 1M62 | 8,66 | 45,00 |
| 11) Ponction évacuatrice de la cavité thoracique avec lavage des plèvres pour empyème ou hémithorax | 1M63 | 12,48 | 64,80 |
| 12) Ponction du péricarde | 1M64 | 15,45 | 80,30 |
| 13) Ponction transcutanée d'un organe intra-abdominal | 1M65 | 11,29 | 58,70 |
| 14) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection (première ponction) | 1M71 | 10,95 | 56,90 |
| 15) Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection, répétition de la ponction dans un délai de 14 jours | 1M72 | 5,40 | 28,10 |
| 16) Ponction lombaire ou sous-occipitale en série avec injection médicamenteuse chez un enfant de moins de 7 ans | 1M73 | 7,60 | 39,50 |
| 17) Ponction du sinus longitudinal | 1M74 | 11,29 | 58,70 |
| 18) Ponction d'un disque avec ou sans injection de produit de contraste | 1M75 | 19,85 | 103,10 |
| <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 | 28,10 |
| 2) Frais de matériel | 1M80M | 5,36 | 27,80 |
| 3) Pansement compressif pour ulcère variqueux ou phlébite - CAC | 1M81 | 4,07 | 21,10 |
| 4) Pansement de fixation (genre colle de zinc) ou taping; une articulation ou un segment | 1M82 | 5,45 | 28,30 |
| 5) Pansement de fixation ou taping; plus d'un segment | 1M83 | 8,23 | 42,80 |
| <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 | 42,80 |
| 2) Grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux | 1M86 | 33,81 | 175,70 |
| 3) Corset, lit plâtré ou corset minerve | 1M87 | 33,81 | 175,70 |
| 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 | 165,20 |
| 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 | 165,20 |
| 3) Cytophérèse, par séance | 1S15 | 26,69 | 138,70 |
| 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. | | | |
| 1) Hémodialyse (épuration extra-corporelle) pour insuffisance rénale, par séance | 1S21 | 26,69 | 138,70 |
| 2) Hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë, les 3 premières séances pendant une période de 15 jours; par séance | 1S22 | 60,88 | 316,30 |
| 3) Plasmaphérèse, par séance | 1S25 | 26,69 | 138,70 |
| 4) Dialyse péritonéale (épuration intra-corporelle), les deux premiers jours du traitement; par jour | 1S26 | 48,49 | 251,90 |
| 5) Dialyse péritonéale, 3è ou 4è jour du traitement; par jour | 1S27 | 24,30 | 126,20 |
| 6) Dialyse péritonéale, à partir du 5è jour du traitement; par jour | 1S28 | 14,54 | 75,50 |
| <i>Sous-section 3 - Pédiatrie</i> | | | |
| 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 | 140,50 |
| 2) Assistance pédiatrique avant la naissance pour une situation de risque néonatale | 1S32 | 18,03 | 93,70 |
| 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, | 1S35 | 43,04 | 223,60 |

avec protocole et extraits de tracé

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

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 1) Inventaire allergologique avec tests cutanés effectués par scarification (scratch) ou par piqûre épicutanée (prick) - CAC | 1S41 | 3,95 | 20,50 |
| 2) Frais de matériel | 1S41M | 2,96 | 15,40 |
| 3) Inventaire allergologique par tests à application épicutanée | 1S42 | 6,06 | 31,50 |
| 4) Frais de matériel | 1S42M | 2,96 | 15,40 |
| 5) Inventaire allergologique avec tests cutanés par injection intradermique | 1S43 | 6,95 | 36,10 |
| 6) Fourniture de matériel | 1S43M | 2,96 | 15,40 |
| 7) Injection de désensibilisation, par séance | 1S44 | 4,24 | 22,00 |

Section 3 - Cardiologie

Sous-section 1 - Électrocardiographie

| | | | |
|--|-------|-------|--------|
| 1) Électrocardiogramme (ECG), minimum 12 dérivations, tracé et rapport - CAC | 1C11 | 6,31 | 32,80 |
| 2) Location d'appareil | 1C11X | 2,73 | 14,20 |
| 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 | 77,30 |
| 4) Location d'appareil | 1C14X | 35,94 | 186,70 |
| 5) Enregistrement ECG continu de 24h; examen répété dans les 28 jours | 1C15 | 8,85 | 46,00 |
| 6) Location d'appareil | 1C15X | 35,94 | 186,70 |
| 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 | 118,00 |
| 8) Location d'appareil | 1C17X | 9,22 | 47,90 |
| 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 | 50,70 |

Sous-section 2 - Échocardiographie

| | | | |
|---|-------|-------|--------|
| 1) Échocardiographie, enregistrement en time-motion | 1C21 | 14,87 | 77,30 |
| 2) Location d'appareil | 1C21X | 17,93 | 93,20 |
| 3) Échocardiographie, enregistrement bidimensionnel | 1C22 | 14,87 | 77,30 |
| 4) Location d'appareil | 1C22X | 17,93 | 93,20 |
| 5) Echographie, enregistrement bidimensionnel et en mode time-motion | 1C23 | 17,93 | 93,20 |
| 6) Location d'appareil | 1C23X | 17,93 | 93,20 |
| 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 | 93,20 |
| 8) Location d'appareil | 1C24X | 17,93 | 93,20 |
| 9) Échocardiographie Doppler | 1C25 | 23,82 | 123,80 |
| 10) Location d'appareil | 1C25X | 17,93 | 93,20 |
| 11) Échocardiographie Doppler, voie oesophagienne comprise | 1C26 | 25,87 | 134,40 |
| 12) Location d'appareil | 1C26X | 17,93 | 93,20 |

REMARQUE:

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

Sous-section 3 - Enregistrement continu de la tension artérielle

| | | | |
|--|-------|-------|-------|
| 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 | 77,30 |
| 2) Location d'appareil | 1C38X | 7,09 | 36,80 |

Sous-section 4 - Autres enregistrements et traitements cardiaques

| | | | |
|---|------|-------|--------|
| 1) Mesure du débit cardiaque par thermodilution (3 déterminations minimum) | 1C41 | 18,94 | 98,40 |
| 2) Mesure du débit cardiaque par méthode de Fick ou par méthode de dilution de colorant | 1C42 | 25,30 | 131,40 |
| 3) Défibrillation d'urgence et répétition dans les 24 heures | 1C45 | 12,63 | 65,60 |
| 4) Cardioversion, mise en compte une fois par 24 heures | 1C46 | 44,09 | 229,10 |

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 | 229,10 |
|---|------|-------|--------|

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 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 | 294,70 |
| 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 | 458,20 |
| 4) Angioplastie transluminale des coronaires, non cumulable avec 1C67 | 1C71 | 112,48 | 584,40 |
| 5) Endoprothèse avec ou sans angioplastie pour sténose d'une coronaire | 1C72 | 183,17 | 951,60 |
| 6) Recanalisation mécanique pour obstruction complète avec ou sans mise en place d'une endoprothèse | 1C73 | 183,17 | 951,60 |
| 7) Athérectomie intracoronaire avec ou sans angioplastie ou endoprothèse | 1C74 | 183,17 | 951,60 |
| 8) Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire | 1C76 | 28,68 | 149,00 |
| 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 | 149,00 |
| 10) Mise en place d'un système d'assistance de la pompe cardiaque (IAPB), par toutes voies d'abord | HVQ03 | 126,98 | 659,70 |
| 11) Fermeture par voie percutanée d'une CIA, CIV ou FOP y compris ponction transeptale | 1C79 | 186,52 | 969,00 |
| 12) Application d'un système de fermeture des points de ponction artérielle-CAT | 1C80 | 7,00 | 36,40 |

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 cumuls 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 endocavitaire pour entraînement électrosystolique transitoire, sous contrôle ECG et/ou radioscopique | 1B10 | 31,52 | 163,80 |
| 2) Mise en place d'une sonde pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation | 1B12 | 57,39 | 298,20 |
| 3) Mise en place de 2 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation | 1B13 | 66,96 | 347,90 |
| 4) Mise en place de 3 sondes pour stimulation cardiaque, sous contrôle radiologique et ECG, avec mesures du seuil de stimulation | 1B14 | 95,65 | 496,90 |
| 5) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque par le cardiologue - CAT avec les positions 1B12 à 1B14 | 1B16 | 37,78 | 196,30 |
| 6) Remplacement du boîtier du stimulateur cardiaque avec mesures du seuil de stimulation; acte réalisé par le cardiologue | 1B18 | 50,41 | 261,90 |
| 7) Mesures du seuil de stimulation, en cas de changement du boîtier | 1B20 | 12,63 | 65,60 |
| 8) Contrôle d'un stimulateur cardiaque implanté avec enregistrement ECG et contrôles techniques | 1B22 | 14,35 | 74,60 |
| 9) Location d'appareil | 1B22X | 2,73 | 14,20 |
| 10) Implantation d'un défibrillateur cardiaque automatique avec mise en place d'une sonde, acte isolé | 1B25 | 115,91 | 602,20 |
| 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 | 698,20 |
| 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 | 810,20 |
| 13) Remplacement du boîtier d'un défibrillateur cardiaque | 1B29 | 37,78 | 196,30 |
| 14) Contrôle technique d'un défibrillateur cardiaque | 1B32 | 17,36 | 90,20 |
| 15) Extraction de sondes de stimulation par voie endocavitaire en cas d'infection ou de rupture | 1B36 | 117,59 | 610,90 |

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

| | | | |
|---|------|--------|---------|
| 1) Evaluation de la fonction sinusale et de la conduction atrio-ventriculaire par cathétérisme cardiaque avec épreuve pharmacologique | 1B40 | 50,41 | 261,90 |
| 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 | 587,70 |
| 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 | 613,80 |
| 4) Ablation de l'isthme cavo-tricuspidien pour un flutter auriculaire typique | 1B44 | 184,79 | 960,10 |
| 5) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV sans cathéterisation du sinus coronaire | 1B46 | 184,79 | 960,10 |
| 6) Ablation d'une tachycardie de réentrée SV avec cathéterisation du sinus coronaire | 1B48 | 212,78 | 1105,50 |
| 7) Ablation d'un faisceau AV aberrant par abord veineux | 1B50 | 232,38 | 1207,30 |
| 8) Ablation d'un faisceau aberrant par abord artériel | 1B52 | 260,38 | 1352,80 |
| 9) Ablation au niveau de l'oreillette gauche et droite d'une FA par voie transcutanée | 1B54 | 307,97 | 1600,00 |
| 10) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule droit | 1B56 | 193,18 | 1003,60 |
| 11) Ablation d'une arythmie ventriculaire localisée au niveau du ventricule gauche | 1B58 | 236,29 | 1227,60 |
| 12) Cartographie de l'activité électrique cardiaque (cardiac mapping) | 1B60 | 70,00 | 363,70 |

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*

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 1) Biopsie pleurale à l'aiguille | 1P11 | 27,02 | 140,40 |
| 2) Institution d'un drainage pleural continu | 1P12 | 19,90 | 103,40 |
| 3) Provocation d'une symphyse pleurale | 1P13 | 11,53 | 59,90 |
| 4) Ponction-biopsie pulmonaire transpariétale | 1P14 | 36,87 | 191,60 |
| 5) Pleuroscopie exploratrice | 1P21 | 27,64 | 143,60 |
| 6) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou section de brides | 1P22 | 42,37 | 220,10 |
| 7) Pleuroscopie avec biopsie pleurale ou traitement de lésions pleurales avec supplément pour utilisation de rayons laser | 1P23 | 113,39 | 589,10 |
| 8) Location du laser | 1P23X | 20,90 | 108,60 |
| 9) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires | 1P24 | 48,30 | 250,90 |
| 10) Pleuroscopie avec biopsie pulmonaire ou traitement de lésions pulmonaires avec supplément pour utilisation de rayons laser | 1P25 | 119,32 | 619,90 |
| 11) Location du laser | 1P25X | 20,90 | 108,60 |
| 12) Création d'un pneumothorax | 1P31 | 15,69 | 81,50 |
| 13) Réinsufflation ou exsufflation d'un pneumothorax | 1P32 | 9,18 | 47,70 |
| 14) Création d'un pneumomédiastin | 1P35 | 24,92 | 129,50 |
| 15) Drainage endocavitaire pulmonaire | 1P36 | 38,59 | 200,50 |

Sous-section 2 - Bronchofibroscopie

| | | | |
|--|-------|--------|--------|
| 1) Cathétérisme des bronches avec injection de produit de contraste ou d'un médicament | 1P41 | 17,55 | 91,20 |
| 2) Bronchoscopie ou bronchofibroscopie exploratrice | 1P51 | 27,64 | 143,60 |
| 3) Location du bronchofibroscope | 1P51X | 11,59 | 60,20 |
| 4) Bronchofibroscopie avec prélèvement ou biopsie endobronchique | 1P52 | 36,11 | 187,60 |
| 5) Location du bronchofibroscope | 1P52X | 11,59 | 60,20 |
| 6) Bronchoscopie avec ponction, biopsie ou brossage sur lésion située au-delà du champ de visibilité | 1P53 | 68,29 | 354,80 |
| 7) Location du bronchofibroscope | 1P53X | 11,59 | 60,20 |
| 8) Bronchofibroscopie avec extraction de corps étrangers en une ou plusieurs séances | 1P54 | 62,27 | 323,50 |
| 9) Location du bronchofibroscope | 1P54X | 11,59 | 60,20 |
| 10) Bronchofibroscopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire | 1P55 | 60,16 | 312,60 |
| 11) Location du bronchofibroscope | 1P55X | 11,59 | 60,20 |
| 12) Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, première séance | 1P61 | 93,69 | 486,80 |
| 13) Location du bronchofibroscope | 1P61X | 11,59 | 60,20 |
| 14) Bronchofibroscopie et traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser, séances suivantes | 1P62 | 67,82 | 352,40 |
| 15) Location du bronchofibroscope | 1P62X | 11,59 | 60,20 |
| 16) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie endobronchique | 1P63 | 107,13 | 556,60 |
| 17) Location du bronchofibroscope | 1P63X | 11,59 | 60,20 |
| 18) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et prélèvement ou biopsie trans- ou perbronchique | 1P64 | 145,10 | 753,90 |
| 19) Location du bronchofibroscope | 1P64X | 11,59 | 60,20 |
| 20) Bronchofibroscopie, traitement de lésions trachéo-bronchiques par rayons laser et lavage bronchiolo-alvéolaire | 1P65 | 133,29 | 692,50 |
| 21) Location du bronchofibroscope | 1P65X | 11,59 | 60,20 |
| 22) Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau trachéo-bronchique pour curiethérapie | 1P66 | 27,64 | 143,60 |

REMARQUE:

Pour les positions 1P41 à 1P65, majoration de 10% pour les enfants âgés de moins de 14 ans.

Sous-section 3 - Épreuve fonctionnelle respiratoire

| | | | |
|--|-------|-------|--------|
| 1) Spirographie | 1P71 | 12,05 | 62,60 |
| 2) Frais de location | 1P71X | 4,09 | 21,20 |
| 3) Détermination du volume résiduel | 1P72 | 9,09 | 47,20 |
| 4) Frais de location | 1P72X | 4,09 | 21,20 |
| 5) Détermination du volume résiduel et des résistances bronchiques | 1P73 | 29,41 | 152,80 |
| 6) Frais de location | 1P73X | 6,14 | 31,90 |
| 7) Détermination du volume résiduel et étude de la diffusion alvéolo-capillaire | 1P74 | 25,30 | 131,40 |
| 8) Frais de location | 1P74X | 6,14 | 31,90 |
| 9) Détermination du volume résiduel, des résistances bronchiques, des courbes débit-volume | 1P75 | 41,46 | 215,40 |
| 10) Frais de location | 1P75X | 8,18 | 42,50 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 11) Détermination des compliances par barographie oesophagienne | 1P76 | 31,13 | 161,70 |
| 12) Frais de location | 1P76X | 8,18 | 42,50 |
| 13) Détermination du volume de fermeture | 1P77 | 20,71 | 107,60 |
| 14) Frais de location | 1P77X | 8,18 | 42,50 |
| 15) Épreuve quantitative aux agents pharmaco-dynamiques ou de provocation aux allergènes avec mesure du seuil de réactivité | 1P81 | 19,23 | 99,90 |
| 16) Frais de location | 1P81X | 4,09 | 21,20 |
| 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 | 78,80 |
| 18) Frais de location | 1P82X | 4,09 | 21,20 |
| 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 | 123,50 |
| 20) Frais de location | 1P83X | 4,09 | 21,20 |
| 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 | 127,20 |
| 22) Frais de location | 1P85X | 9,27 | 48,20 |

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

Sous-section 1 - Neurologie

| | | | |
|--|-------|--------|--------|
| 1) Electroencéphalogramme (EEG) - CAC | 1N11 | 12,48 | 64,80 |
| 2) Location d'appareil | 1N11X | 5,91 | 30,70 |
| 3) Electroencéphalogramme, enregistrement continu de 24 heures, pose et enlèvement de l'appareil, analyse du tracé | 1N14 | 47,83 | 248,50 |
| 4) EEG per-opérateur | 1N15 | 51,65 | 268,30 |
| 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 | 347,90 |
| 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 | 496,90 |
| 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 | 496,90 |
| 8) Exploration polysomnographique pluridisciplinaire au laboratoire du sommeil pour la recherche d'apnées du sommeil: enregistrement continu neurologique (EEG,EMG,EOG) | 1N25 | 47,83 | 248,50 |
| 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 | 248,50 |
| 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 | 248,50 |
| 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 | 248,50 |
| 12) Electromyographie (EMG) avec enregistrement - CAC | 1N32 | 18,70 | 97,20 |
| 13) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise | 1N32X | 12,95 | 67,30 |
| 14) Mesure des vitesses de conduction motrice - CAC | 1N33 | 12,48 | 64,80 |
| 15) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise | 1N33X | 12,95 | 67,30 |
| 16) Mesure des vitesses de conduction sensitive - CAC | 1N34 | 12,48 | 64,80 |
| 17) Location d'appareil, électrode sous-cutanée à usage unique comprise | 1N34X | 12,95 | 67,30 |
| 18) EMG per-opérateur | 1N37 | 51,65 | 268,30 |
| 19) Potentiels évoqués auditifs (non applicable pour un examen audiométrique) | 1N40 | 32,19 | 167,20 |
| 20) Location d'appareil | 1N40X | 13,08 | 68,00 |
| 21) Potentiels évoqués visuels | 1N41 | 32,19 | 167,20 |
| 22) Location d'appareil | 1N41X | 13,08 | 68,00 |
| 23) Potentiels évoqués somesthésiques | 1N42 | 32,19 | 167,20 |
| 24) Location d'appareil | 1N42X | 13,08 | 68,00 |
| 25) Potentiels évoqués moteurs par stimulation magnétique percutanée du cortex | 1N43 | 28,70 | 149,10 |
| 26) Location d'appareil | 1N43X | 13,08 | 68,00 |
| 27) Potentiels évoqués somesthésiques per-opérateurs | 1N45 | 114,78 | 596,30 |

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, 1N37 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

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Tests mentaux, séance de minimum 30 minutes; maximum quatre séances par jour et dix séances par année | 1N51 | 14,70 | 76,40 |
| 2) Exploration et/ou traitement du milieu familial, hors thérapie de couple, d'une durée de 60 à 90 minutes | WNQ01 | 69,26 | 359,80 |
| 3) Psychothérapie de soutien par médecin non psychiatre, durée minimum 15 minutes - APCM pour plus de 6 séances par an | 1N60 | 8,63 | 44,80 |
| 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 | 72,00 |
| 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 | 143,90 |
| 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 | 239,90 |
| 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 | 48,00 |
| 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 | 72,00 |
| 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 | 431,80 |
| 10) Technique de stimulation magnétique transcrânienne (TMS) | WUQ01 | 11,72 | 60,90 |
| 11) Électroconvulsivothérapie (sismothérapie) sous anesthésie générale | WVQ01 | 70,32 | 365,30 |

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 par neurostimulation sensitive et/ou motrice, sous surveillance des fonctions vitales, avec repérage, guidage et contrôle par imagerie médicale | YVB11 | 38,87 | 201,90 |
| 2) Perfusion intraveineuse de médicaments à visée antalgique, antineuropathique ou antihyperalgésique en milieu hospitalier ambulatoire sous surveillance des fonctions vitales | YZF11 | 29,73 | 154,50 |
| 3) Traitement des douleurs neuropathiques focales par application cutanée de patch de capsaïcine - CAT | YVQ21 | 20,81 | 108,10 |
| 4) Injection antalgique de toxine botulique dans le cadre de la prise en charge pour douleur neuropathique ou migraine chronique - CAT | YVB12 | 27,44 | 142,60 |
| 5) Mise en place d'électrodes pour neurostimulation périphérique à visée antalgique à partir d'un boîtier externe | YVB13 | 38,87 | 201,90 |
| 6) Séance de neuromodulation non invasive des douleurs par neurobiofeedback sous surveillance médicale | YZP11 | 13,72 | 71,30 |
| 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 | 261,00 |
| 8) Séance d'acupuncture à visée uniquement antalgique - CAT | YZB11 | 16,01 | 83,20 |
| 9) Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de moins de 20 minutes | YMQ11 | 14,32 | 74,40 |
| 10) Suivi de prise en charge holistique pour douleur chronique d'une durée de 20 minutes à 40 minutes | YMQ12 | 28,38 | 147,40 |
| 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 | 231,70 |

- 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

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|--|-------------|---------------|--------------|
| | YZQ11 | 6,86 | 35,60 |

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 - Gastro-Entérologie

| | | | |
|--|-------|--------|--------|
| 1) Lithotritie extracorporelle des voies biliaires et pancréatique | 1G11 | 57,39 | 298,20 |
| 2) Laparoscopie, sans autre intervention intra-abdominale | 1G15 | 29,89 | 155,30 |
| 3) Laparoscopie avec biopsie ou petite intervention | 1G16 | 36,06 | 187,30 |
| 4) Tubage gastrique ou duodénal | 1G21 | 6,03 | 31,30 |
| 5) Tamponnade de l'oesophage | 1G22 | 8,51 | 44,20 |
| 6) PH-métrie oesophagienne ou gastrique d'une durée supérieure à 12 heures, avec épreuves de provocations éventuelles | 1G31 | 36,20 | 188,10 |
| 7) Location d'appareil | 1G31X | 10,63 | 55,20 |
| 8) Manométrie oesophagienne | 1G32 | 25,73 | 133,70 |
| 9) Location d'appareil | 1G32X | 8,08 | 42,00 |
| 10) Oesophago(fibro)scopie exploratrice | 1G38 | 13,39 | 69,60 |
| 11) Location d'appareil | 1G38X | 12,41 | 64,50 |
| 12) Oesophagoscopie avec biopsie | 1G39 | 18,03 | 93,70 |
| 13) Location d'appareil | 1G39X | 12,41 | 64,50 |
| 14) Mise en place endoscopique d'un applicateur au niveau oesophagien pour curiethérapie | 1G40 | 13,39 | 69,60 |
| 15) Oesogastroduodénoscopie | 1G41 | 27,64 | 143,60 |
| 16) Location d'appareil | 1G41X | 12,41 | 64,50 |
| 17) Oesogastroduodénoscopie avec biopsie, cytologie ou coloration vitale | 1G42 | 34,77 | 180,60 |
| 18) Location d'appareil | 1G42X | 12,41 | 64,50 |
| 19) Oesogastroduodénoscopie avec extraction de corps étrangers | 1G43 | 40,94 | 212,70 |
| 20) Location d'appareil | 1G43X | 12,41 | 64,50 |
| 21) Oesogastroduodénoscopie avec dilatation de sténose | 1G44 | 40,94 | 212,70 |
| 22) Location d'appareil | 1G44X | 12,41 | 64,50 |
| 23) Oesogastroduodénoscopie avec polypectomie ou sclérothérapie de varices ou ligatures de varices ou clips ou résection de tumeurs ou électrocoagulation de tumeurs | 1G45 | 40,94 | 212,70 |
| 24) Location d'appareil | 1G45X | 12,41 | 64,50 |
| 25) Oesogastroduodénoscopie et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies | 1G46 | 47,83 | 248,50 |
| 26) Oesogastroduodénoscopie avec mise en place d'une prothèse au niveau du tractus digestif supérieur, dilatation comprise | 1G51 | 105,07 | 545,90 |
| 27) Location d'appareil | 1G51X | 12,41 | 64,50 |
| 28) Oesogastroduodénoscopie avec drainage kysto-digestif | 1G52 | 105,07 | 545,90 |
| 29) Location d'appareil | 1G52X | 12,41 | 64,50 |
| 30) Gastrostomie ou jéjunostomie percutanée par voie endoscopique | 1G55 | 40,94 | 212,70 |
| 31) Location d'appareil | 1G55X | 12,41 | 64,50 |
| 32) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) exploratrice | 1G56 | 71,07 | 369,20 |
| 33) Location d'appareil | 1G56X | 12,41 | 64,50 |
| 34) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec sphinctérotomie et/ou biopsie | 1G57 | 85,89 | 446,20 |
| 35) Location d'appareil | 1G57X | 12,41 | 64,50 |
| 36) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec extraction de calculs (sphinctérotomie, Dormia, ballonnet, lithotritie mécanique, dilatation) | 1G58 | 105,07 | 545,90 |
| 37) Location d'appareil | 1G58X | 12,41 | 64,50 |
| 38) CPRE (cholangio-pancréaticographie rétrograde endoscopique) avec drainage temporaire par sonde ou mise en place d'une prothèse | 1G59 | 128,65 | 668,40 |
| 39) Location d'appareil | 1G59X | 12,41 | 64,50 |
| 40) Anuscopie - CAC | 1G61 | 4,78 | 24,80 |
| 41) Manométrie rectale | 1G62 | 25,73 | 133,70 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 42) Location d'appareil | 1G62X | 8,08 | 42,00 |
| 43) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, première séance | 1G63 | 6,27 | 32,60 |
| 44) Traitement de la fistule anale au fil de nylon, séances suivantes | 1G64 | 3,49 | 18,10 |
| 45) Pose d'une ligature élastique sur une hémorroïde | 1G65 | 6,27 | 32,60 |
| 46) Rectoscopie exploratrice | 1G66 | 9,61 | 49,90 |
| 47) Location d'appareil | 1G66X | 1,81 | 9,40 |
| 48) Rectoscopie avec biopsie | 1G67 | 16,88 | 87,70 |
| 49) Location d'appareil | 1G67X | 1,81 | 9,40 |
| 50) Colofibroscope du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise) | 1G71 | 28,55 | 148,30 |
| 51) Location d'appareil | 1G71X | 12,41 | 64,50 |
| 52) Colofibroscope du côlon gauche avec biopsie | 1G72 | 36,06 | 187,30 |
| 53) Location d'appareil | 1G72X | 12,41 | 64,50 |
| 54) Colofibroscope du côlon gauche avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies | 1G73 | 42,85 | 222,60 |
| 55) Location d'appareil | 1G73X | 12,41 | 64,50 |
| 56) Colofibroscope totale | 1G74 | 47,44 | 246,50 |
| 57) Location d'appareil | 1G74X | 12,41 | 64,50 |
| 58) Colofibroscope totale avec biopsie | 1G75 | 51,84 | 269,30 |
| 59) Location d'appareil | 1G75X | 12,41 | 64,50 |
| 60) Colofibroscope totale avec une des interventions suivantes: polypectomie, résection de tumeurs, extraction de corps étrangers, mise en place d'une sonde, dilatation endoscopique, traitement des hémorragies | 1G76 | 59,30 | 308,10 |
| 61) Location d'appareil | 1G76X | 12,41 | 64,50 |
| 62) Colofibroscope du côlon gauche et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies | 1G81 | 47,83 | 248,50 |
| 63) Colofibroscope totale et traitement par laser de sténoses ou d'hémorragies | 1G82 | 81,30 | 422,40 |
| 64) Exploration de la lumière de l'intestin grêle par vidéocapsule ingérée | 1G83 | 75,00 | 389,70 |
| 65) Colofibroscope du côlon gauche (rectosigmoïdoscopie comprise), réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR) | 1G91 | 42,83 | 222,50 |
| 66) Colofibroscope du côlon gauche avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR) | 1G92 | 54,09 | 281,00 |
| 67) 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) | 1G93 | 64,28 | 334,00 |
| 68) Colofibroscope totale, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR) | 1G94 | 71,16 | 369,70 |
| 69) Colofibroscope totale avec biopsie, réalisée dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal (PDOCCR) | 1G95 | 77,76 | 404,00 |
| 70) 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) | 1G96 | 88,95 | 462,10 |

REMARQUES:

- 1) Les positions 1G41 à 1G59 ne sont pas cumulables entre elles.
- 2) Les positions 1G66 à 1G82 ne sont pas cumulables entre elles.
- 3) Les positions 1G91 à 1G96 ne sont pas cumulables entre elles ni avec un autre acte.

Section 7 - Rhumatologie - Rééducation, réadaptation et réhabilitation

| | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) Ponction-biopsie articulaire: coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou | 1R11 | 25,01 | 129,90 |
| 2) Ponction-biopsie articulaire: autres articulations que le coude, l'épaule, la hanche, la sacro-iliaque, et le genou | 1R12 | 12,20 | 63,40 |
| 3) Ponction-biopsie osseuse au trocart | 1R21 | 12,20 | 63,40 |
| 4) Synoviorrhèse isotopique | 1R31 | 10,57 | 54,90 |
| 5) Traction vertébrale sur table mécanique ou à moteur électrique - APCM pour plus de 6 séances | 1R51 | 5,26 | 27,30 |
| 6) Manipulation vertébrale - APCM pour plus de 6 séances par an | 1R52 | 8,18 | 42,50 |
| 7) Ponction d'un disque et chimionucléolyse | 1R61 | 39,60 | 205,70 |
| 8) Arthroscopie avec ou sans biopsie | 1R71 | 48,92 | 254,20 |
| 9) Bilan d'évaluation pluridisciplinaire en milieu hospitalier, sur prescription, non renouvelable avant le délai de six mois | 1R72 | 24,87 | 129,20 |
| 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 | 129,20 |
| 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 | 129,20 |

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 ou de muqueuse pour examen histologique - CAC
- 2) Frais de matériel de suture
- 3) Prélèvement de peau au niveau du visage pour examen histologique - CAC
- 4) Frais de matériel de suture
- 5) Capillaroscopie - CAC
- 6) Destruction d'une ou de plusieurs tumeurs bénignes de la peau, par séance
- 7) Frais de matériel de suture
- 8) Destruction de plus de 4 tumeurs bénignes de la peau, en une seule séance
- 9) Frais de matériel de suture
- 10) Destruction de lésions ou tumeurs péri- ou sous-unguéales avec exérèse partielle de l'ongle, par doigt
- 11) Destruction de végétations vénériennes, par séance
- 12) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire de moins de 4 cm²
- 13) Frais de matériel de suture
- 14) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau ou d'un naevus naevo-cellulaire du visage de moins de 4 cm²
- 15) Frais de matériel de suture
- 16) Excision ou destruction d'une tumeur maligne de la peau; plus de 4 cm²
- 17) Frais de matériel de suture
- 18) Destruction d'un tatouage accidentel de moins de 8 cm²
- 19) Destruction d'un tatouage accidentel de plus de 8 cm²
- 20) Traitement exfoliant de l'épiderme avec nettoyage de la peau et mise à plat des collections suppurées ou kystiques; par séance
- 21) Traitement des téguments par abrasion mécanique ou fraisage; par séance; maximum 6 séances
- 22) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique régionale; par séance
- 23) Frais de location
- 24) Photothérapie (UVA et/ou UVB) pour affection dermatologique; application générale; par séance
- 25) Frais de location
- 26) Scarification dermatologique, acte isolé
- 27) Dermatoscopie documentée pour lésions naeviques multiples avec examen complet de l'organe peau seulement dans le cadre de naevus atypique, à partir de 14 ans, non renouvelable avant 6 mois - CAC

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|--|-------------|---------------|--------------|
| | 1D11 | 4,93 | 25,60 |
| | 1D11M | 3,35 | 17,40 |
| | 1D12 | 7,41 | 38,50 |
| | 1D12M | 3,35 | 17,40 |
| | 1D13 | 4,93 | 25,60 |
| | 1D21 | 8,85 | 46,00 |
| | 1D21M | 3,35 | 17,40 |
| | 1D22 | 17,70 | 92,00 |
| | 1D22M | 3,35 | 17,40 |
| | 1D25 | 6,41 | 33,30 |
| | 1D26 | 9,47 | 49,20 |
| | 1D41 | 10,95 | 56,90 |
| | 1D41M | 3,35 | 17,40 |
| | 1D42 | 14,11 | 73,30 |
| | 1D42M | 3,35 | 17,40 |
| | 1D43 | 21,62 | 112,30 |
| | 1D43M | 3,35 | 17,40 |
| | 1D51 | 10,04 | 52,20 |
| | 1D52 | 19,85 | 103,10 |
| | 1D61 | 6,41 | 33,30 |
| | 1D62 | 6,41 | 33,30 |
| | 1D71 | 2,68 | 13,90 |
| | 1D71X | 0,64 | 3,30 |
| | 1D72 | 4,40 | 22,90 |
| | 1D72X | 1,68 | 8,70 |
| | 1D81 | 4,93 | 25,60 |
| | 1D82 | 4,93 | 25,60 |
| | 1F11 | 28,60 | 148,60 |
| | 1F12 | 28,60 | 148,60 |

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
- 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.

REMARQUE:

Les positions 1F11 et 1F12 sont réservées aux médecins spécialistes en gériatrie.

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 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: | 1A11 | 100,55 | 522,40 |
| <ul style="list-style-type: none"> 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 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 | 649,10 |
| <ul style="list-style-type: none"> 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 | 142,60 |
| 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 | 154,50 |
| 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 | 78,50 |
| 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 | 87,90 |
| 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 | 68,90 |
| 6) Pose ou changement d'un capteur implantable sous-cutané de mesure continue du glucose interstitiel | QFB11 | 8,23 | 42,80 |
| 7) Retrait d'un capteur implantable sous-cutané de mesure continue du glucose interstitiel | QFB12 | 8,23 | 42,80 |
| 8) Installation et initialisation d'une pompe à insuline | QZQ11 | 32,40 | 168,30 |
| 9) Programmation et contrôle d'une pompe à insuline avec adaptation des dosages, réglage et supervision des sécurités | QZQ12 | 13,72 | 71,30 |
| 10) Initialisation d'un stylo à insuline connecté, analyse des données et information du patient | QZB11 | 14,20 | 73,80 |
| 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 | 58,20 |
| 12) Analyse d'impédance bioélectrique (BIA), y compris l'interprétation - CAC | QKQ11 | 2,29 | 11,90 |
| 13) Mesure de la fonction sudorale par conductance cutanée électrochimique et interprétation - CAC | QKQ12 | 2,29 | 11,90 |
| 14) Rétinographie non mydriatique avec interprétation - CAC | YCQ11 | 3,89 | 20,20 |
| 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 | 11,90 |
| 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 | 29,10 |
| 17) Cytoponction échoguidée de la thyroïde, par voie transcutanée | QGB11 | 18,29 | 95,00 |
| 18) Ponction échoguidée des ganglions cervicaux, par voie transcutanée | QGB12 | 22,87 | 118,80 |
| 19) Alcoolisation échoguidée d'un nodule thyroïdien, par voie transcutanée | QNB11 | 34,30 | 178,20 |
| 20) Thermoablation par radiofréquence de nodules thyroïdiens ou parathyroïdiens, avec guidage échographique | QNQ11 | 50,31 | 261,40 |
| 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 | QKQ13 | 10,74 | 55,80 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| participants ; maximum une fois par an | | | |
| 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 | 104,50 |
| 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 | 89,10 |
| 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 l'autoinjection et l'auto-contrôle - CAC | QZQ15 | 4,57 | 23,70 |
| 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 | QZQ16 | 6,86 | 35,60 |

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

Sous-section 1 - Fractures

| | | | |
|--|------|--------|--------|
| 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 | 44,70 |
| 2) Immobilisation d'une fracture: jambe, avant-bras | 2L12 | 8,60 | 44,70 |
| 3) Immobilisation d'une fracture: coude, bras, épaule, genou, fémur, hanche, bassin | 2L13 | 8,60 | 44,70 |
| 4) Immobilisation d'une fracture par grand plâtre thoraco-brachial ou pelvi-pédieux | 2L14 | 35,35 | 183,70 |
| 5) Immobilisation d'une fracture par corset plâtré, lit plâtré ou collier plâtré | 2L15 | 35,35 | 183,70 |
| 6) Répétition d'un plâtre pour fracture | 2L17 | 8,60 | 44,70 |
| 7) Répétition d'un plâtre pour fracture bimalléolaire ou fracture du tibia | 2L18 | 12,75 | 66,20 |
| 8) Répétition d'un plâtre pour fracture des 2 os de l'avant-bras, de l'humérus ou du fémur | 2L19 | 16,80 | 87,30 |
| 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 | 79,00 |
| 10) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture: rachis, bassin, olécrane, rotule ou tarse | 2L22 | 35,35 | 183,70 |
| 11) Réduction, extension continue ou broches de Kirschner et contention pour fracture bimalléolaire ou fracture des deux os de la jambe | 2L23 | 47,60 | 247,30 |
| 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 | 329,60 |
| 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 | 122,40 |
| 14) Traitement sanglant de fracture: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarse | 2L32 | 53,10 | 275,90 |
| 15) Traitement sanglant de fracture: omoplate, côtes, diaphyses du fémur, du tibia, des deux os de la jambe | 2L33 | 71,40 | 371,00 |
| 16) Traitement sanglant de fracture: humérus, coude, deux os de l'avant-bras, bassin, col du fémur, plateau tibial ou mortaise | 2L34 | 95,10 | 494,10 |
| d) Traitement par ostéosynthèse | | | |
| 17) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: clavicule, olécrane, métacarpien, doigt, péroné, une malléole, orteil | 2L41 | 39,40 | 204,70 |
| 18) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: un os de l'avant-bras, poignet, rotule, tarse, métatarsien | 2L42 | 88,30 | 458,80 |
| 19) Ostéosynthèse, greffe osseuse non comprise: omoplate, côte, diaphyse du fémur, du tibia, des deux os de | 2L43 | 119,05 | 618,50 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| la jambe | | | |
| 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 | 824,00 |
| <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 | 36,60 |
| 2) Réduction orthopédique et contention d'une luxation du poignet, carpe, bassin, rotule, cou-de-pied | 2L52 | 17,45 | 90,70 |
| 3) Réduction orthopédique et contention d'une luxation épaule, coude, hanche, genou, pied, colonne vertébrale | 2L53 | 28,05 | 145,70 |
| 4) Réduction sanglante et contention d'une luxation d'un doigt, d'un orteil | 2L61 | 13,60 | 70,70 |
| 5) Réduction sanglante et contention d'une luxation clavicule, carpe, poignet, rotule | 2L62 | 58,25 | 302,60 |
| 6) Réduction sanglante et contention d'une luxation épaule, coude, genou, cou-de-pied | 2L63 | 89,90 | 467,10 |
| 7) Réduction sanglante et contention d'une luxation de la hanche | 2L64 | 116,45 | 605,00 |
| 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 | 44,70 |
| 2) Frais de matériel | 2L71M | 3,50 | 18,20 |
| 3) Parage et suture d'une plaie profonde et étendue ou de plaies multiples (5 points au moins) | 2L72 | 17,45 | 90,70 |
| 4) Frais de matériel | 2L72M | 3,50 | 18,20 |
| 5) Traitement chirurgical de grands délabrements musculo-cutanés ou de plaies multiples nécessitant une anesthésie générale | 2L73 | 22,25 | 115,60 |
| 6) Suture secondaire (plus de 12 heures) avec avivement, 5 points de suture au moins | 2L76 | 17,45 | 90,70 |
| 7) Frais de matériel | 2L76M | 3,50 | 18,20 |
| 8) Premier traitement d'une brûlure de moyenne étendue (10% au moins) | 2L81 | 13,20 | 68,60 |
| 9) Premier traitement d'une brûlure de grande étendue (deux segments de membre ou surface totale de plus de 25%) | 2L82 | 15,20 | 79,00 |
| 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 | 22,10 |
| 2) Incision, drainage d'une collection volumineuse sous-cutanée ou profonde | 2G02 | 8,50 | 44,20 |
| 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 | 87,00 |
| <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 | 57,10 |
| 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 | 114,30 |
| 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 | 171,40 |
| 4) Extraction de corps étrangers superficiels nécessitant une incision | 2G51 | 8,60 | 44,70 |
| 5) Frais de suture | 2G51M | 3,50 | 18,20 |
| 6) Extraction de corps étrangers profonds sous contrôle radiologique (radiologie non comprise) | 2G52 | 21,40 | 111,20 |
| 7) Implants de médicaments sous forme de pastilles nécessitant une incision cutanée avec suture éventuelle comprise | 2G53 | 8,60 | 44,70 |
| 8) Frais de suture | 2G53M | 3,50 | 18,20 |
| 9) Excision de petites tumeurs sous-cutanées, par séance | 2G55 | 6,55 | 34,00 |
| 10) Frais de suture | 2G55M | 3,50 | 18,20 |
| 11) Excision de tumeurs sous-cutanées de taille moyenne (2 à 5 cm de diamètre) | 2G56 | 12,55 | 65,20 |
| 12) Frais de suture | 2G56M | 3,50 | 18,20 |
| 13) Excision de tumeurs cutanées ou sous-cutanées étendues | 2G57 | 26,00 | 135,10 |
| 14) Frais de suture | 2G57M | 3,50 | 18,20 |
| <i>Sous-section 3 - Muscles, tendons, synoviales</i> | | | |
| 1) Biopsie musculaire | 2G60 | 13,05 | 67,80 |
| 1a) Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires | 2G61 | 26,55 | 137,90 |
| 2) Suture primitive ou secondaire d'un tendon extenseur | 2G65 | 17,45 | 90,70 |
| 3) Suture primitive ou secondaire de plusieurs tendons extenseurs | 2G66 | 35,35 | 183,70 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 4) Suture primitive ou secondaire d'un ou de deux tendons fléchisseurs | 2G67 | 58,25 | 302,60 |
| 5) Suture primitive ou secondaire de trois tendons fléchisseurs ou plus | 2G68 | 89,90 | 467,10 |
| 6) Prise d'un greffon de tendon ou d'aponévrose - CAT | 2G71 | 13,05 | 67,80 |
| 7) Rétablissement de la continuité d'un tendon par prothèse | 2G72 | 89,90 | 467,10 |
| 8) Rétablissement de la continuité d'un tendon par greffe, prise du greffon tendineux comprise | 2G73 | 102,95 | 534,90 |
| 9) Allongement, raccourcissement, réimplantation d'un tendon | 2G74 | 35,35 | 183,70 |
| 10) Transplantation tendineuse simple | 2G75 | 52,95 | 275,10 |
| 11) Transplantations tendineuses nécessitant des incisions multiples | 2G76 | 89,90 | 467,10 |
| 12) Ténolyse du tendon extenseur d'un doigt | 2G81 | 57,85 | 300,60 |
| 13) Ténolyse de tendons extenseurs de deux doigts | 2G82 | 77,05 | 400,30 |
| 14) Ténolyse de tendons extenseurs de trois doigts ou plus | 2G83 | 96,30 | 500,30 |
| 15) Ténolyse de tendons fléchisseurs d'un doigt | 2G84 | 77,05 | 400,30 |
| 16) Ténolyse de tendons fléchisseurs de deux doigts | 2G85 | 96,30 | 500,30 |
| 17) Ténolyse de tendons fléchisseurs de trois doigts ou plus | 2G86 | 115,60 | 600,60 |
| 18) Ténotomie | 2G91 | 13,60 | 70,70 |
| 19) Extirpation de kystes synoviaux superficiels (poignet...) | 2G92 | 13,05 | 67,80 |
| 20) Extirpation de kystes synoviaux profonds (creux poplité...) | 2G93 | 17,45 | 90,70 |
| 21) Exérèse d'une gaine synoviale | 2G94 | 57,85 | 300,60 |
| 22) Exérèse de deux gaines synoviales | 2G95 | 77,05 | 400,30 |
| 23) Exérèse de trois gaines synoviales ou plus | 2G96 | 96,30 | 500,30 |
| <i>Sous-section 4 - Système lymphatique</i> | | | |
| 1) Extirpation d'un ou de plusieurs ganglions pour examen histologique | 2F11 | 6,70 | 34,80 |
| 2) Extirpation d'une chaîne ganglionnaire | 2F12 | 48,20 | 250,40 |
| 3) Cellulo-adénectomie unilatérale (avec examen histologique et rapport opératoire): partielle cervicale, axillaire, pelvienne ou inguinale | 2F13 | 120,00 | 623,40 |
| 4) Cellulo-adénectomie élargie (avec examen histologique et rapport opératoire): curage cervical fonctionnel ou radical, thoracique, abdominal | 2F14 | 320,00 | 1662,50 |
| <i>Sous-section 5 - Nerfs</i> | | | |
| 1) Suture nerveuse primitive | 2P11 | 37,70 | 195,90 |
| 2) Suture nerveuse secondaire | 2P12 | 44,25 | 229,90 |
| 3) Ablation d'une tumeur nerveuse avec suture | 2P13 | 91,15 | 473,60 |
| 4) Greffe nerveuse | 2P14 | 115,60 | 600,60 |
| 5) Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculo-nerveux | 2P15 | 144,55 | 751,00 |
| 6) Libération d'un nerf comprimé après fracture | 2P16 | 37,70 | 195,90 |
| 7) Intervention pour syndrome du canal carpien avec neurolyse | 2P21 | 48,20 | 250,40 |
| 8) Neurotomie du nerf occipital ou du nerf phrénique | 2P22 | 22,25 | 115,60 |
| 9) Neurotomie d'un nerf de la face ou des membres | 2P23 | 38,60 | 200,50 |
| 10) Dénervation articulaire d'un doigt ou d'un orteil | 2P24 | 19,20 | 99,80 |
| 11) Dénervation du poignet ou de la cheville | 2P25 | 57,85 | 300,60 |
| 12) Dénervation de l'épaule | 2P26 | 77,05 | 400,30 |
| 13) Section bilatérale des nerfs hypogastriques ou érecteurs ou du nerf honteux interne | 2P31 | 70,35 | 365,50 |
| 14) Résection du ganglion stellaire ou de la chaîne sympathique cervicale, dorsale, lombaire ou splanchnique | 2P32 | 91,10 | 473,30 |
| 15) Résection du nerf présacré | 2P33 | 52,05 | 270,40 |
| 16) Sympathectomie périartérielle | 2P34 | 46,85 | 243,40 |
| Section 3 - Chirurgie des os et des articulations | | | |
| <i>Sous-section 1 - Os</i> | | | |
| 1) Ablation d'exostoses ou de chondrome | 2K11 | 13,05 | 67,80 |
| 2) Prise d'un greffon osseux - CAT | 2K12 | 13,05 | 67,80 |
| 3) Biopsie osseuse | 2K13 | 13,05 | 67,80 |
| 4) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou cure d'un abcès d'un petit os | 2K21 | 13,05 | 67,80 |
| 5) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os | 2K22 | 36,40 | 189,10 |
| 6) Trépanation osseuse et ablation de séquestres ou traitement d'un abcès central d'un grand os, suivie de greffe osseuse | 2K23 | 62,45 | 324,50 |
| 7) Transplantation ou greffe osseuse | 2K31 | 44,25 | 229,90 |
| 8) Résection diaphysaire avec rétablissement de la continuité par greffe, prothèse ou plastie | 2K32 | 166,55 | 865,30 |
| 9) Ostéotomie de redressement, d'allongement, de dérotation | 2K33 | 166,55 | 865,30 |
| 10) Opération de pseudarthrose avec greffe osseuse | 2K34 | 166,55 | 865,30 |
| 11) Ablation de matériel d'ostéosynthèse par voies d'accès superficielles, désenclouage | 2K35 | 25,55 | 132,70 |
| 12) Ablation de matériel d'ostéosynthèse: hanche, fémur, épaule, humérus | 2K36 | 33,05 | 171,70 |
| <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 | 20,30 |
| 2) Arthrotomie de drainage de toute autre articulation | 2K42 | 17,45 | 90,70 |
| 3) Arthrotomie pour corps étranger ou synoviectomie des doigts ou orteils, appareil de fixation compris | 2K44 | 26,55 | 137,90 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 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 | 659,30 |
| 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 | 659,30 |
| 6) Arthrotomie pour corps étranger ou synovectomie des articulations autres que doigt, orteil, hanche, épaule, genou, articulation temporo-maxillaire | 2K47 | 74,15 | 385,20 |
| 7) Réfection d'un ligament extra-articulaire d'une articulation importante, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou | 2K51 | 74,15 | 385,20 |
| 8) Réfection d'un ligament intra-articulaire d'une articulation importante, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou | 2K52 | 148,10 | 769,40 |
| 9) Ligamentoplastie d'une articulation de la main | 2K53 | 38,60 | 200,50 |
| 10) Ligamentoplastie de deux articulations de la main | 2K54 | 48,20 | 250,40 |
| 11) Ligamentoplastie de trois articulations ou plus de la main | 2K55 | 67,35 | 349,90 |
| 12) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie des doigts ou orteils | 2K61 | 35,35 | 183,70 |
| 13) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie sur carpe, poignet, coude, cheville ou tarse | 2K62 | 97,85 | 508,40 |
| 14) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de l'épaule ou du genou, à l'exclusion de toute arthroscopie du genou | 2K63 | 148,10 | 769,40 |
| 15) Résection articulaire, arthrodèse, butée, arthroplastie de la hanche | 2K64 | 185,25 | 962,40 |
| 15a) Triple ostéotomie du bassin | 2K65 | 305,00 | 1584,60 |
| 16) Arthroplastie par interposition d'une prothèse d'un doigt ou orteil | 2K71 | 48,20 | 250,40 |
| 17) Arthroplastie par interposition d'une prothèse du poignet | 2K72 | 96,30 | 500,30 |
| 18) Redressement articulaire progressif d'une grande articulation sous anesthésie générale | 2K73 | 26,00 | 135,10 |

Sous-section 3 - Chirurgie arthroscopique du genou

| | | | |
|---|------|--------|---------|
| 1) Arthroscopie du genou avec lavage et/ou synovectomie partielle | 2M01 | 109,73 | 570,10 |
| 2) Arthroscopie du genou avec synovectomie subtotale par deux abords | 2M02 | 138,47 | 719,40 |
| 3) Arthroscopie du genou avec suture de l'aileron rotulien interne | 2M03 | 156,76 | 814,40 |
| 4) Arthroscopie du genou avec section de l'aileron rotulien externe | 2M04 | 146,57 | 761,50 |
| 5) Arthroscopie du genou avec plastie de l'aileron rotulien interne et greffe tendineuse | 2M05 | 209,01 | 1085,90 |
| 6) Arthroscopie du genou avec chondroplastie | 2M06 | 157,02 | 815,80 |
| 7) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale d'un ménisque et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire | 2M07 | 133,76 | 694,90 |
| 8) Arthroscopie du genou avec résection partielle ou totale des deux ménisques et/ou Plica et/ou corps intra-articulaire | 2M08 | 143,69 | 746,50 |
| 9) Arthroscopie du genou avec suture d'un ménisque | 2M09 | 195,94 | 1018,00 |
| 10) Arthroscopie du genou avec suture des deux ménisques | 2M10 | 235,13 | 1221,60 |
| 11) Arthroscopie du genou avec microfracture ou forage de Pridie | 2M11 | 146,57 | 761,50 |
| 12) Arthroscopie du genou avec mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou technique similaire | 2M12 | 209,01 | 1085,90 |
| 13) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse | 2M13 | 219,72 | 1141,50 |
| 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 | 1141,50 |
| 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 | 1221,60 |
| 16) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur ou du croisé postérieur et suture méniscale | 2M16 | 287,38 | 1493,10 |
| 17) Arthroscopie du genou avec reconstructions ligamentaires complexes du croisé antérieur et du croisé postérieur et suture méniscale | 2M17 | 365,76 | 1900,30 |
| 18) Arthroscopie du genou avec ostéosynthèse d'une fracture du plateau tibial | 2M18 | 219,72 | 1141,50 |
| 19) Arthroscopie du genou avec transplantation par allogreffe méniscale | 2M19 | 261,26 | 1357,40 |
| 20) Arthroscopie du genou avec mise en place d'un ménisque artificiel | 2M20 | 221,55 | 1151,00 |
| 21) Arthroscopie du genou avec trochléoplastie arthroscopique par creusement pour dysplasie | 2M21 | 221,55 | 1151,00 |
| 22) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: synovectomie subtotale par deux abords | 2M22 | 57,48 | 298,60 |
| 23) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: suture de l'aileron rotulien interne | 2M23 | 94,05 | 488,60 |
| 24) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: section de l'aileron rotulien externe | 2M24 | 73,67 | 382,70 |
| 25) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: plastie de l'aileron rotulien interne avec greffe tendineuse | 2M25 | 154,14 | 800,80 |
| 26) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: chondroplastie | 2M26 | 94,58 | 491,40 |
| 27) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale d'un ménisque | 2M27 | 48,07 | 249,70 |
| 28) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: résection partielle ou totale des deux ménisques | 2M28 | 67,93 | 352,90 |
| 29) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: microfracture ou forage de Pridie | 2M29 | 73,67 | 382,70 |
| 30) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: mosaïcplastie ou greffe de chondrocytes ou analogue | 2M30 | 154,14 | 800,80 |
| 31) Acte complémentaire d'arthroscopie du genou: ostéosynthèse d'une fracture intra-articulaire chondrale ou osseuse | 2M31 | 130,63 | 678,70 |

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

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Aponévrotomie palmaire | 2E11 | 19,20 | 99,80 |
| 2) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire | 2E12 | 57,85 | 300,60 |
| 3) Extirpation partielle de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts | 2E13 | 81,85 | 425,20 |
| 4) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire | 2E14 | 115,60 | 600,60 |
| 5) Extirpation totale de l'aponévrose palmaire avec plastie d'un ou de plusieurs doigts | 2E15 | 139,60 | 725,30 |
| 6) Traitement opératoire de la syndactylie d'une commissure, greffe comprise | 2E21 | 77,05 | 400,30 |
| 7) Traitement opératoire de la syndactylie sur deux commissures de la même main, greffe comprise | 2E22 | 96,30 | 500,30 |
| 8) Traitement opératoire du doigt à ressort, de la camptodactylie | 2E25 | 15,05 | 78,20 |
| 9) Ablation de l'hygroma du coude | 2E28 | 11,00 | 57,10 |
| 10) Amputation partielle ou totale d'un doigt | 2E31 | 8,80 | 45,70 |
| 11) Amputation partielle ou totale de deux doigts | 2E32 | 13,20 | 68,60 |
| 12) Amputation partielle ou totale de trois doigts ou plus | 2E33 | 15,40 | 80,00 |
| 13) Amputation d'un doigt avec résection du métacarpien | 2E34 | 38,60 | 200,50 |
| 14) Amputation de deux doigts avec résection des métacarpiens | 2E35 | 57,90 | 300,80 |
| 15) Replantation d'un doigt (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises) | 2E36 | 173,45 | 901,10 |
| 16) Replantation de deux doigts (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises) | 2E37 | 260,20 | 1351,80 |
| 17) Replantation de trois doigts ou plus (ostéosynthèse, suture vasculaire, nerveuse ou tendineuse comprises) | 2E38 | 303,55 | 1577,10 |
| 18) Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse | 2E41 | 46,85 | 243,40 |
| 19) Désarticulation interscapulo-thoracique | 2E42 | 80,80 | 419,80 |
| 20) Réfection complète d'un moignon du membre supérieur, à l'exception des doigts | 2E43 | 26,00 | 135,10 |
| 21) Cinématisation d'un moignon d'amputation (par temps opératoire) | 2E44 | 44,25 | 229,90 |
| 22) Enucléation d'un os du carpe | 2E45 | 35,15 | 182,60 |
| 23) Pollicisation d'un doigt | 2E46 | 173,45 | 901,10 |
| 24) Phalangisation d'un métacarpien | 2E47 | 77,05 | 400,30 |
| 25) Restauration de l'opposition du pouce | 2E48 | 57,85 | 300,60 |

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 | 302,60 |
| 2) Traitement opératoire d'un orteil en marteau par résection ou par amputation | 2E52 | 8,80 | 45,70 |
| 3) Opération d'alignement des métatarsiens (Clayton), par orteil | 2E53 | 35,35 | 183,70 |
| 4) Traitement chirurgical d'un hallux valgus | 2E54 | 26,00 | 135,10 |
| 5) Amputation partielle ou totale d'un orteil | 2E61 | 8,80 | 45,70 |
| 6) Amputation ou désarticulation du pied à la hanche excluse | 2E62 | 46,85 | 243,40 |
| 7) Désarticulation de la hanche | 2E63 | 80,80 | 419,80 |
| 8) Désarticulation interilio-abdominale | 2E64 | 117,25 | 609,20 |
| 9) Réfection d'un moignon du membre inférieur, à l'exception des orteils | 2E65 | 26,00 | 135,10 |
| 10) Astragalectomie | 2E71 | 44,25 | 229,90 |
| 11) Patellectomie | 2E72 | 44,25 | 229,90 |
| 12) Ablation d'un hygroma prérotulien | 2E73 | 8,80 | 45,70 |
| 13) Ablation de l'ongle avec sa matrice - CAC | 2E74 | 4,30 | 22,30 |
| 14) Extirpation d'un névrome de Morton | 2E75 | 38,60 | 200,50 |
| 15) Réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise | 2E81 | 26,00 | 135,10 |
| 16) Changement de position après une réduction orthopédique de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise | 2E82 | 13,00 | 67,50 |
| 17) Réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches | 2E83 | 35,15 | 182,60 |
| 18) Changement de position après une réduction orthopédique bilatérale pour luxation congénitale des hanches | 2E84 | 17,60 | 91,40 |
| 19) Traitement sanglant de la luxation congénitale de la hanche, contention comprise | 2E85 | 80,80 | 419,80 |
| 20) (en suspens) | | | |
| 21) (en suspens) | | | |
| 22) (en suspens) | | | |
| 23) (en suspens) | | | |
| 24) Redressement non sanglant d'un pied bot | 2E94 | 10,70 | 55,60 |
| 25) Redressement sanglant d'un pied bot | 2E95 | 54,75 | 284,40 |

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 | 1125,90 |
| 2) Pose d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral avec refixation des tubérosités | 2J02 | 224,09 | 1164,20 |
| 3) Pose d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou pose d'une prothèse inversée | 2J03 | 229,02 | 1189,90 |
| 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 | 1253,80 |
| 5) Changement d'une prothèse partielle de l'épaule, par implant glénoïdien ou huméral | 2J05 | 305,36 | 1586,50 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 6) Changement d'une prothèse totale de l'épaule, par implants glénoïdien et huméral ou changement d'une prothèse inversée | 2J06 | 364,46 | 1893,50 |
| 7) Arthroïdèse d'épaule | 2J07 | 233,94 | 1215,40 |
| 8) Ablation d'une prothèse de l'épaule | 2J08 | 211,78 | 1100,30 |
| 9) Ablation d'une prothèse de l'épaule, avec arthroïdèse | 2J09 | 252,41 | 1311,40 |
| 10) Ablation d'une prothèse de l'épaule avec mise en place d'un espaceur | 2J10 | 252,41 | 1311,40 |
| b) Pose, ablation ou changement de prothèses de l'articulation du coude | | | |
| 1) Pose d'une prothèse distale de l'humérus | 2J11 | 216,71 | 1125,90 |
| 2) Pose d'une prothèse de la tête radiale | 2J12 | 158,84 | 825,20 |
| 3) Pose d'une prothèse totale du coude | 2J13 | 240,10 | 1247,40 |
| 4) Changement d'une prothèse distale de l'humérus | 2J14 | 252,41 | 1311,40 |
| 5) Changement d'une prothèse de la tête radiale | 2J15 | 216,71 | 1125,90 |
| 6) Changement d'une prothèse totale du coude | 2J16 | 305,36 | 1586,50 |
| 7) Ablation d'une prothèse du coude | 2J17 | 153,91 | 799,60 |
| 8) Ablation d'une prothèse du coude avec arthroïdèse | 2J18 | 252,41 | 1311,40 |
| 9) Ablation d'une prothèse du coude avec mise en place d'un espaceur | 2J19 | 252,41 | 1311,40 |
| c) Pose, ablation ou changement d'une prothèse de la hanche | | | |
| 1) Pose d'une hémiprothèse de hanche, implant fémoral | 2J21 | 216,71 | 1125,90 |
| 2) Pose d'une prothèse totale de hanche | 2J22 | 229,02 | 1189,90 |
| 3) Changement d'une prothèse de hanche, implant cotyloïdien ou implant fémoral | 2J23 | 305,36 | 1586,50 |
| 4) Changement d'une prothèse totale de hanche, implant cotyloïdien et implant fémoral | 2J24 | 364,46 | 1893,50 |
| 5) Ablation d'une prothèse de hanche | 2J25 | 153,91 | 799,60 |
| 6) Ablation d'une prothèse de hanche avec arthroïdèse | 2J26 | 252,41 | 1311,40 |
| 7) Ablation d'une prothèse de hanche avec mise en place d'un espaceur | 2J27 | 252,41 | 1311,40 |
| 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 | 1189,90 |
| 2) Pose d'une prothèse partielle bicompartmentale du genou, interne ou externe et fémoro-patellaire | 2J32 | 236,41 | 1228,20 |
| 3) Pose d'une prothèse totale du genou, sans resurfaçage de la rotule | 2J33 | 229,02 | 1189,90 |
| 4) Pose d'une prothèse totale du genou, avec resurfaçage de la rotule | 2J34 | 241,33 | 1253,80 |
| 5) Changement d'une prothèse partielle unicompartmentale du genou | 2J35 | 320,13 | 1663,20 |
| 6) Changement d'une prothèse partielle bicompartmentale du genou | 2J36 | 320,13 | 1663,20 |
| 7) Changement d'une prothèse totale du genou | 2J37 | 364,46 | 1893,50 |
| 8) Ablation d'une prothèse du genou | 2J38 | 211,78 | 1100,30 |
| 9) Ablation d'une prothèse du genou avec arthroïdèse | 2J39 | 252,41 | 1311,40 |
| 10) Ablation d'une prothèse du genou, avec mise en place d'un espaceur | 2J40 | 252,41 | 1311,40 |
| 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 | 1189,90 |
| 2) Changement d'une prothèse totale de cheville | 2J42 | 364,46 | 1893,50 |
| 3) Ablation d'une prothèse de cheville | 2J43 | 152,68 | 793,20 |
| 4) Ablation d'une prothèse de cheville avec arthroïdèse | 2J44 | 252,41 | 1311,40 |
| 5) Ablation d'une prothèse de cheville avec mise en place d'un espaceur | 2J45 | 252,41 | 1311,40 |
| 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 | 70,70 |
| 2) Torticolis traité par allongement à ciel ouvert | 2H12 | 35,35 | 183,70 |
| 3) Scalénotomie | 2H13 | 20,75 | 107,80 |
| 4) Ablation de fistules ou de kystes congénitaux du cou | 2H21 | 44,25 | 229,90 |
| 5) Lobo-isthmectomie | 2H29 | 124,45 | 646,60 |
| 6) Thyroïdectomie subtotale bilatérale | 2H30 | 124,45 | 646,60 |
| 7) Thyroïdectomie totale bilatérale | 2H32 | 124,45 | 646,60 |
| 8) Thyroïdectomie nécessitant une cervico-thoracotomie | 2H33 | 213,45 | 1109,00 |
| 9) Monitoring du nerf récurrent lors de la chirurgie de la glande thyroïde ou parathyroïde - CAT | 2H35 | 27,00 | 140,30 |
| 10) Parathyroïdectomie | 2H41 | 124,45 | 646,60 |
| 11) Parathyroïdectomie ectopique | 2H42 | 213,45 | 1109,00 |
| 12) Thymectomie | 2H43 | 213,45 | 1109,00 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| <i>Sous-section 2 - Chirurgie des seins</i> | | | |
| 1) Incision et drainage d'un abcès du sein | 2S11 | 8,50 | 44,20 |
| 2) Biopsie du sein | 2S21 | 10,50 | 54,60 |
| 3) Ponction-biopsie du sein - CAC | 2S22 | 2,75 | 14,30 |
| 4) Ablation d'une tumeur bénigne du sein | 2S31 | 10,50 | 54,60 |
| 5) Excision locale d'une tumeur maligne du sein | 2S32 | 107,55 | 558,80 |
| 6) Mastectomie pour lésion bénigne | 2S41 | 107,55 | 558,80 |
| 7) Mastectomie pour lésion maligne | 2S42 | 107,55 | 558,80 |
| 8) Mastectomie pour gynécomastie de l'homme | 2S43 | 107,55 | 558,80 |
| <i>Sous-section 3 - Cage thoracique</i> | | | |
| 1) Résection d'une côte cervicale | 2T11 | 44,25 | 229,90 |
| 2) Résection de côtes | 2T12 | 30,75 | 159,80 |
| 3) Traitement chirurgical des difformités de la paroi thoracique (en entonnoir, en carène) | 2T21 | 78,10 | 405,80 |
| 4) Thoracoplastie portant sur la paroi thoracique | 2T22 | 78,10 | 405,80 |
| 5) Fracture du sternum et/ou de côte(s), traitement sanglant | 2T23 | 71,40 | 371,00 |
| <i>Sous-section 4 - Médiastin</i> | | | |
| 1) Médiastinoscopie | 2T31 | 82,00 | 426,00 |
| 2) Extirpation d'un kyste ou d'une tumeur bénigne du médiastin | 2T41 | 213,45 | 1109,00 |
| 3) Extirpation d'une tumeur maligne du médiastin | 2T42 | 213,45 | 1109,00 |
| 4) Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité, sans anastomose | 2T51 | 213,45 | 1109,00 |
| 5) Résection segmentaire de l'oesophage et oesophagoplastie | 2T52 | 213,45 | 1109,00 |
| 6) Résection segmentaire de l'oesophage et anastomose gastrique ou entérique | 2T53 | 286,10 | 1486,40 |
| 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 | 320,00 |
| 2) Opération de la pleurésie purulente avec résection costale | 2T62 | 35,15 | 182,60 |
| 3) Thoracoplastie avec intervention pleuro-pulmonaire | 2T71 | 78,10 | 405,80 |
| 4) Pneumothorax extra-pleural | 2T72 | 52,05 | 270,40 |
| 5) Décortication pleurale | 2T73 | 78,10 | 405,80 |
| 6) Traitement par thoracotomie des lésions traumatiques graves des poumons et de la cage thoracique | 2T74 | 184,50 | 958,60 |
| 7) Lobectomie ou résection segmentaire | 2T81 | 184,50 | 958,60 |
| 8) Pneumonectomie | 2T82 | 184,50 | 958,60 |
| <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 | 1954,20 |
| 2) Revascularisation coronaire par pontage avec une anastomose distale par voie mini-invasive (MIDCAB) | HPA02 | 429,38 | 2230,80 |
| 3) Revascularisation coronaire par pontage avec deux anastomoses distales par voie mini-invasive (MIDCAB) | HPA03 | 587,44 | 3052,00 |
| 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 | 1915,00 |
| 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 | 2335,30 |
| 6) Revascularisation coronaire avec deux anastomoses distales, avec prélèvement de deux greffons à ciel ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HPA06 | 513,68 | 2668,80 |
| 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 | 2785,20 |
| 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 | 2938,40 |
| 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 | 3276,30 |
| 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 | 3127,20 |
| 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 | 3424,00 |
| 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 | 3127,20 |
| 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 | 3497,40 |
| 14) Revascularisation coronaire avec quatre anastomoses distales ou plus, avec prélèvement de trois greffons | HPA14 | 637,04 | 3309,70 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| à ciel ouvert, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | | | |
| 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 | 3715,60 |
| b) Actes sur le péricarde | | | |
| 16) Péricardectomie subtotale, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HQA01 | 271,68 | 1411,50 |
| 17) Fenestration péricardique par thoracotomie ou par voie sous-xyphoïdienne | HQA02 | 117,19 | 608,80 |
| 18) Fenestration péricardique par thoracoscopie | HQC01 | 164,07 | 852,40 |
| 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 | 304,50 |
| 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 | 1767,90 |
| 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 | 1954,00 |
| 22) Ablation d'un foyer de fibrillation auriculaire, sans mise en place d'une CEC, par thoracoscopie ou thoracotomie | HNQ01 | 442,31 | 2298,00 |
| 23) Exclusion de l'auricule gauche, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie ou thoracoscopie | HNQ02 | 264,28 | 1373,00 |
| 24) Ablation dans l'oreillette gauche d'un foyer de fibrillation auriculaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HNA01 | 351,58 | 1826,60 |
| 25) Ablation biauriculaire d'un foyer de fibrillation auriculaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HNA02 | 363,30 | 1887,50 |
| 26) Consolidation de la paroi ventriculaire du coeur, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HLA03 | 288,05 | 1496,50 |
| 27) Réfection de la paroi ventriculaire du coeur, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HLA04 | 452,50 | 2350,90 |
| 28) Réfection de la paroi ventriculaire et septale du coeur, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HLA05 | 483,38 | 2511,40 |
| 29) Exérèse d'une tumeur ou corps étranger ou caillot du ventricule, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HLA06 | 436,81 | 2269,40 |
| 30) Résection d'un bourrelet musculaire infra-aortique pour cardiomyopathie obstructive, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HLA07 | 351,58 | 1826,60 |
| d) Actes sur les valves cardiaques | | | |
| 31) Commissurotomie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA01 | 336,22 | 1746,80 |
| 32) Annuloplastie ou valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA02 | 376,02 | 1953,60 |
| 33) Annuloplastie et valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA03 | 429,38 | 2230,80 |
| 34) Annuloplastie ou valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive | HMQ01 | 429,38 | 2230,80 |
| 35) Annuloplastie et valvuloplastie atrioventriculaire droite (tricuspide), avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive | HMQ02 | 458,94 | 2384,40 |
| 36) Réparation ou remplacement de la valve atrioventriculaire (tricuspide) droite, sans mise en place d'une CEC, par cathétérisme | HMF01 | 429,38 | 2230,80 |
| 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 | 1953,60 |
| 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 | 2230,80 |
| 39) Commissurotomie de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie avec CEC | HMA05 | 352,34 | 1830,50 |
| 40) Annuloplastie atrioventriculaire gauche (mitrale), avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA06 | 391,51 | 2034,10 |
| 41) Annuloplastie atrioventriculaire gauche (mitrale), avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive | HMQ04 | 444,23 | 2308,00 |
| 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 | 2230,80 |
| 43) Annuloplastie et valvuloplastie atrioventriculaire gauche (mitrale), avec ou sans plastie de l'oreillette gauche, avec mise en place d'une CEC périphérique, par technique mini-invasive | HMQ05 | 515,70 | 2679,30 |
| 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 | 2650,70 |
| 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 | 2888,00 |
| 46) Réparation ou remplacement de la valve atrioventriculaire gauche (mitrale), sans mise en place d'une CEC, par cathétérisme | HMF02 | 429,38 | 2230,80 |
| 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 | 2172,80 |
| 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 | 2450,00 |
| 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 | 2384,40 |
| 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 | 2460,10 |
| 51) Commissurotomie ou valvectomy pulmonaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA12 | 352,34 | 1830,50 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 52) Remplacement de la valve pulmonaire par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA13 | 376,02 | 1953,60 |
| 53) Remplacement de la valve pulmonaire par homogreffe, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA14 | 458,94 | 2384,40 |
| 54) Commissurotomie de la valve aortique, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA15 | 281,27 | 1461,30 |
| 55) Valvuloplastie aortique, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA16 | 452,50 | 2350,90 |
| 56) Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HMA17 | 414,36 | 2152,80 |
| 57) Remplacement de la valve aortique par prothèse mécanique ou bioprothèse, avec mise en place d'une CEC par mini-thoracotomie | HMA18 | 579,81 | 3012,30 |
| 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 | 2384,40 |
| 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 | 2746,50 |
| 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 | 2717,40 |
| 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 | 3488,60 |
| 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 | 2627,80 |
| 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 | 3405,30 |
| 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 | 3735,70 |
| 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 | 1496,50 |
| 66) Mise en place de deux sondes pour stimulation cardiaque épicaudique avec mesures du seuil de stimulation, par thoracotomie ou thoracoscopie | HNQ04 | 303,28 | 1575,70 |
| 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 | 1767,90 |
| 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 | 1661,40 |
| 69) Suture de plaie de l'aorte thoracique, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA02 | 376,02 | 1953,60 |
| 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 | 1953,60 |
| 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 | 2230,80 |
| 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 | 2535,20 |
| 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 | 3042,80 |
| 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 | 3346,40 |
| 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 | 2754,40 |
| 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 | 3066,20 |
| 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 Bentall) | HSA09 | 530,16 | 2754,40 |
| 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 | 3321,60 |
| 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 | 3400,50 |
| 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 | 3678,80 |
| 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 | 3816,50 |
| 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 | 3816,50 |
| 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 | 4021,70 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 84) Pontages multiples entre l'aorte et les troncs supraaortiques, sans mise en place d'une CEC par thoracotomie | HSA16 | 429,38 | 2230,80 |
| 85) Pontages multiples entre l'aorte et les troncs supraaortiques, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA17 | 487,97 | 2535,20 |
| 86) Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA18 | 390,15 | 2027,00 |
| 87) Suture d'une rupture de l'isthme de l'aorte, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA19 | 445,13 | 2312,60 |
| 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 | 3360,80 |
| 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 | 2230,80 |
| 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 | 4089,70 |
| 91) Suture de plaie des artères pulmonaires, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA21 | 376,02 | 1953,60 |
| 92) Embolectomie de l'artère pulmonaire, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA22 | 376,02 | 1953,60 |
| 93) Embolectomie de l'artère pulmonaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA23 | 417,86 | 2170,90 |
| 94) Thrombo-endarterectomie du tronc et/ou des branches de l'artère pulmonaire, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HSA24 | 563,88 | 2929,60 |
| 95) Suture de la plaie des veines caves, avec ou sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HTA01 | 325,65 | 1691,90 |
| 96) Pontage de la veine brachiocéphalique ou de la veine cave supérieure, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HTA02 | 390,15 | 2027,00 |
| 97) Désobstruction et plastie de la veine cave supérieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HTA03 | 390,15 | 2027,00 |
| 98) Remplacement de la veine cave supérieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HTA04 | 417,86 | 2170,90 |
| 99) Pontage de la veine cave inférieure, sans mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HTA05 | 390,15 | 2027,00 |
| 100) Désobstruction et plastie de la veine cave inférieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HTA06 | 478,70 | 2487,00 |
| 101) Remplacement de la veine cave inférieure, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HTA07 | 478,70 | 2487,00 |
| 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 | 852,40 |
| 103) Pose d'une CEC pour assistance circulatoire peropératoire, par thoracotomie | HVA01 | 152,35 | 791,50 |
| 104) Pose d'une circulation extracorporelle de type ECMO pour assistance circulatoire de longue durée par abord chirurgical | HVA02 | 164,07 | 852,40 |
| 105) Ablation d'une CEC pour assistance circulatoire de plus de 24h, par thoracotomie | HVA03 | 102,71 | 533,60 |
| 106) Ablation d'une assistance temporaire avec rétablissement chirurgical de la continuité artérielle, par abord artériel périphérique | HVF02 | 240,34 | 1248,70 |
| 107) Révision chirurgicale d'une assistance cardio circulatoire par toutes techniques et par toutes voies d'abord | HVQ01 | 272,51 | 1415,80 |
| 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 | 766,80 |
| 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 | 2800,80 |
| 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 | 3299,70 |
| 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 | 398,00 |
| 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 | 1415,80 |
| 113) Réintervention suite à une chirurgie cardiaque pour saignement ou dysfonction cardiaque, avec mise en place d'une CEC, par thoracotomie | HZA02 | 333,00 | 1730,10 |
| 114) Suture de plaie(s) du coeur sans mise en place de CEC par thoracotomie | HLA08 | 268,08 | 1392,80 |
| 115) Suture de plaie(s) du coeur avec mise en place d'une CEC par thoracotomie | HLA09 | 319,79 | 1661,40 |
| 116) Suture de plaie(s) du coeur, par thoracotomie, avec mise en place d'une CEC périphérique | HLA10 | 399,17 | 2073,80 |
| 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 | 533,60 |
| 118) Ablation biauriculaire d'un foyer de fibrillation auriculaire lors d'un autre geste de chirurgie cardiaque - Acte complémentaire - CAT | HNQ07 | 148,86 | 773,40 |
| 119) Exclusion de l'auricule gauche, lors d'un autre geste de chirurgie cardiaque - Acte complémentaire - CAT | HNQ08 | 102,71 | 533,60 |
| 120) Réintervention à distance à plus d'un mois après une intervention avec ouverture du péricarde - Acte complémentaire - CAT | HLQ01 | 169,08 | 878,40 |
| 121) Reprise ou prolongation d'une assistance par CEC en fin d'intervention pendant plus de 30 minutes - Acte complémentaire - CAT | HVQ05 | 102,71 | 533,60 |
| j) Actes de chirurgie de pacemaker | | | |
| 122) Implantation du boîtier du stimulateur cardiaque (sans mise en place de la sonde) | 2C21 | 39,50 | 205,20 |
| 123) Changement du boîtier du stimulateur cardiaque | 2C22 | 39,50 | 205,20 |

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*Sous-section 1 - Hernies et éventrations de la paroi abdominale*

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 1) Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracoscopie ou par coelioscopie | LLC01 | 288,49 | 1498,80 |
| 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 | 1498,80 |
| 3) Suture ou plastie (musculaire ou prothétique) d'une coupole du diaphragme pour hernie, par thoracotomie ou par laparotomie | LLA01 | 254,01 | 1319,70 |
| 4) Cure d'une hernie acquise de la coupole droite du diaphragme, par laparotomie | LLA02 | 254,01 | 1319,70 |
| 5) Cure de hernie ombilicale, sans pose de prothèse, par laparotomie | LLA03 | 93,06 | 483,50 |
| 6) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie | LLC04 | 144,77 | 752,10 |
| 7) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique | LLR04 | 144,77 | 752,10 |
| 8) Cure de hernie ombilicale, avec pose de prothèse, par laparotomie | LLA04 | 110,30 | 573,10 |
| 9) Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par coelioscopie | LLC05 | 127,54 | 662,60 |
| 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 | 662,60 |
| 11) Cure d'une hernie ventrale latérale (Spiegel) ou cure d'une hernie de la ligne blanche, par laparotomie | LLA05 | 93,06 | 483,50 |
| 12) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale) | LLA10 | 93,06 | 483,50 |
| 13) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie | LLC10 | 110,70 | 575,10 |
| 14) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique | LLR10 | 110,70 | 575,10 |
| 15) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie | LLC11 | 127,54 | 662,60 |
| 16) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique | LLR11 | 127,54 | 662,60 |
| 17) Cure unilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale) | LLA11 | 93,06 | 483,50 |
| 18) Cure bilatérale d'une hernie de l'aine sans pose de prothèse, par voie directe (inguinale) | LLA12 | 185,90 | 965,80 |
| 19) Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie | LLC13 | 220,38 | 1145,00 |
| 20) Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique | LLR13 | 220,38 | 1145,00 |
| 21) Cure bilatérale d'une hernie de l'aine avec pose de prothèse, par voie directe (inguinale) | LLA13 | 185,90 | 965,80 |
| 22) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, sans pose de prothèse, incluant les hernies péristomales, par laparotomie | LLA06 | 126,97 | 659,70 |
| 23) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par coelioscopie | LLC07 | 161,45 | 838,80 |
| 24) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par coelioscopie, avec assistance robotique | LLR07 | 161,45 | 838,80 |
| 25) Cure d'éventration de la paroi abdominale antérieure, avec pose de prothèse, par laparotomie | LLA07 | 126,97 | 659,70 |
| 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 « composants separation technique », par laparotomie | LLA08 | 163,91 | 851,60 |
| 27) Ablation de prothèse ou d'implant de la paroi abdominale, par toute voie d'abord | LLQ01 | 126,97 | 659,70 |

Sous-section 2 - Chirurgie du système digestif haut

| | | | |
|---|-------|--------|---------|
| 1) Oesophagoplastie pour achalasie, par coelioscopie | LNC01 | 288,49 | 1498,80 |
| 2) Oesophagoplastie pour achalasie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LNR01 | 288,49 | 1498,80 |
| 3) Oesophagoplastie pour achalasie, par laparotomie | LNA01 | 254,01 | 1319,70 |

Sous-section 3 - Chirurgie de l'estomac et du duodénum

| | | | |
|--|-------|--------|---------|
| 1) Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par coelioscopie | LLC09 | 288,49 | 1498,80 |
| 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 | 1498,80 |
| 3) Cure d'une hernie hiatale avec ou sans pose de prothèse ou fundoplicature pour reflux gastro-oesophagien, par laparotomie | LLA09 | 254,01 | 1319,70 |
| 4) Cure d'une fistule de l'estomac, par coelioscopie | LPC01 | 121,38 | 630,60 |
| 5) Cure d'une fistule de l'estomac, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR01 | 121,38 | 630,60 |
| 6) Cure d'une fistule de l'estomac, par laparotomie | LPA01 | 84,44 | 438,70 |
| 7) Gastrostomie, par coelioscopie | LPC12 | 115,10 | 598,00 |
| 8) Gastrostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR12 | 115,10 | 598,00 |
| 9) Gastrostomie, par laparotomie | LPA12 | 80,62 | 418,90 |
| 10) Gastro-entérostomie, par coelioscopie | LPC11 | 207,32 | 1077,10 |
| 11) Gastro-entérostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR11 | 207,32 | 1077,10 |
| 12) Gastro-entérostomie, par laparotomie | LPA11 | 172,85 | 898,00 |
| 13) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie | LPC10 | 253,87 | 1319,00 |
| 14) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR10 | 253,87 | 1319,00 |
| 15) Gastro-entérostomie et vagotomie tronculaire, par laparotomie | LPA10 | 219,39 | 1139,80 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 16) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par coelioscopie | LPC14 | 152,83 | 794,00 |
| 17) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR14 | 152,83 | 794,00 |
| 18) Pyloroplastie ou duodénoplastie, par laparotomie | LPA14 | 118,35 | 614,90 |
| 19) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie | LPC13 | 152,83 | 794,00 |
| 20) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR13 | 152,83 | 794,00 |
| 21) Pyloroplastie et vagotomie tronculaire, par laparotomie | LPA13 | 118,35 | 614,90 |
| 22) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par coelioscopie | LPC15 | 207,32 | 1077,10 |
| 23) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR15 | 207,32 | 1077,10 |
| 24) Pyloroplastie pour sténose pylorique du nourrisson, par laparotomie | LPA15 | 172,85 | 898,00 |
| 25) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par coelioscopie | LPC05 | 241,80 | 1256,20 |
| 26) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR05 | 241,80 | 1256,20 |
| 27) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastroduodénale ou gastrojéjunale, par laparotomie | LPA05 | 172,85 | 898,00 |
| 28) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie | LPC06 | 401,87 | 2087,90 |
| 29) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR06 | 401,87 | 2087,90 |
| 30) Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastrojéjunale, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie | LPA06 | 332,91 | 1729,60 |
| 31) Dégastro-entérostomie avec gastrectomie, par coelioscopie | LPC02 | 280,59 | 1457,80 |
| 32) Dégastro-entérostomie avec gastrectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR02 | 280,59 | 1457,80 |
| 33) Dégastro-entérostomie avec gastrectomie, par laparotomie | LPA02 | 211,63 | 1099,50 |
| 34) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LPC09 | 246,11 | 1278,60 |
| 35) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR09 | 246,11 | 1278,60 |
| 36) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LPA09 | 211,63 | 1099,50 |
| 37) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie | LPC07 | 440,65 | 2289,40 |
| 38) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR07 | 440,65 | 2289,40 |
| 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 | 2289,40 |
| 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 | 2289,40 |
| 41) Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, avec curage ganglionnaire d'au moins 20 ganglions, par laparotomie | LPA07 | 371,70 | 1931,10 |
| 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 | 1931,10 |
| 43) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par coelioscopie | LPC16 | 147,75 | 767,60 |
| 44) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LPR16 | 147,75 | 767,60 |
| 45) Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac, sans interruption de la continuité, par laparotomie | LPA16 | 110,82 | 575,80 |
| 46) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM | LPC04 | 288,49 | 1498,80 |
| 47) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance robotique - APCM | LPR04 | 288,49 | 1498,80 |
| 48) Gastrectomie longitudinale (Sleeve gastrectomy) pour obésité morbide, par laparotomie - APCM | LPA04 | 254,01 | 1319,70 |
| 49) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie - APCM | LPC03 | 288,49 | 1498,80 |
| 50) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par coelioscopie, avec assistance robotique - APCM | LPR03 | 288,49 | 1498,80 |
| 51) Gastrectomie avec court-circuit biliopancréatique ou intestinal pour obésité morbide, par laparotomie - APCM | LPA03 | 254,01 | 1319,70 |
| <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 | 926,50 |
| 2) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aiguë, par coelioscopie, avec assistance robotique | LQR03 | 178,34 | 926,50 |
| 3) Libération étendue de l'intestin grêle ou section de bride pour occlusion aiguë, par laparotomie | LQA03 | 143,86 | 747,40 |
| 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 | 1105,70 |
| 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 | 1105,70 |
| 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 | 926,50 |
| 7) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie | LQC06 | 178,34 | 926,50 |
| 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 | 926,50 |
| 9) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie | LQA06 | 143,86 | 747,40 |
| 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 | 798,60 |
| 11) Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une | LQR07 | 153,71 | 798,60 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| stomie, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie, avec assistance robotique | | | |
| 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 | 619,50 |
| 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 | 1919,10 |
| 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 | 2047,00 |
| 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 | 2175,00 |
| 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 | 2558,80 |
| 17) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par coelioscopie | LQC01 | 121,38 | 630,60 |
| 18) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par coelioscopie, avec assistance robotique | LQR01 | 121,38 | 630,60 |
| 19) Cure d'une fistule de l'intestin grêle, par laparotomie | LQA01 | 84,44 | 438,70 |
| <i>Sous-section 5 - Chirurgie du côlon et de l'appendice vermiforme</i> | | | |
| 1) Colostomie ou iléostomie, par coelioscopie | LZC01 | 127,54 | 662,60 |
| 2) Colostomie ou iléostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LZR01 | 127,54 | 662,60 |
| 3) Colostomie ou iléostomie, par laparotomie | LZA01 | 93,06 | 483,50 |
| 4) Fermeture de colostomie ou d'iléostomie, par voie péristomiale | LRD01 | 84,44 | 438,70 |
| 5) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC01 | 225,00 | 1169,00 |
| 6) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR01 | 225,00 | 1169,00 |
| 7) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie | LRC02 | 200,38 | 1041,10 |
| 8) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR02 | 200,38 | 1041,10 |
| 9) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA01 | 190,53 | 989,90 |
| 10) Hémi-colectomie droite, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie | LRA02 | 165,90 | 861,90 |
| 11) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie | LRC03 | 284,97 | 1480,50 |
| 12) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR03 | 284,97 | 1480,50 |
| 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 | 1352,60 |
| 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 | 1352,60 |
| 15) Hémi-colectomie droite, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie | LRA03 | 250,49 | 1301,40 |
| 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 | 1173,50 |
| 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 | 1424,90 |
| 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 | 1424,90 |
| 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 | 1296,90 |
| 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 | 1296,90 |
| 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 | 1245,80 |
| 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 | 1117,80 |
| 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 | 2000,60 |
| 24) 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, avec assistance robotique | LRR07 | 385,07 | 2000,60 |
| 25) Hémi-colectomie 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 | 1872,70 |
| 26) Hémi-colectomie 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 | 1872,70 |
| 27) 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 laparotomie | LRA07 | 350,60 | 1821,50 |
| 28) Hémi-colectomie 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 | 1693,50 |
| 29) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC09 | 225,00 | 1169,00 |
| 30) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR09 | 225,00 | 1169,00 |
| 31) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie | LRC10 | 200,38 | 1041,10 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 32) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR10 | 200,38 | 1041,10 |
| 33) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA09 | 190,53 | 989,90 |
| 34) Colectomie segmentaire transverse, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie | LRA10 | 165,90 | 861,90 |
| 35) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie | LRC11 | 284,97 | 1480,50 |
| 36) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR11 | 284,97 | 1480,50 |
| 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 | 1352,60 |
| 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 | 1352,60 |
| 39) Colectomie segmentaire transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie | LRA11 | 250,49 | 1301,40 |
| 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 | 1173,50 |
| 41) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC13 | 328,43 | 1706,30 |
| 42) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR13 | 328,43 | 1706,30 |
| 43) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie | LRC14 | 303,81 | 1578,40 |
| 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 | 1578,40 |
| 45) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ ou splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA13 | 259,48 | 1348,10 |
| 46) Colectomie transverse comprenant l'angle hépatique et/ou splénique, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie | LRA14 | 234,86 | 1220,20 |
| 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 | 2179,70 |
| 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 | 2179,70 |
| 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 | 2051,80 |
| 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 | 2051,80 |
| 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 | 1821,50 |
| 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 | 1693,50 |
| 53) Hémi-colectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC17 | 225,00 | 1169,00 |
| 54) Hémi-colectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR17 | 225,00 | 1169,00 |
| 55) Hémi-colectomie gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA17 | 190,53 | 989,90 |
| 56) Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC18 | 328,43 | 1706,30 |
| 57) Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR18 | 328,43 | 1706,30 |
| 58) Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA18 | 259,48 | 1348,10 |
| 59) Hémi-colectomie 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 | 2179,70 |
| 60) Hémi-colectomie 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 | 2179,70 |
| 61) Hémi-colectomie gauche élargie incluant le sigmoïde ou un segment du côlon transverse, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie | LRA19 | 350,60 | 1821,50 |
| 62) Colectomie subtotalaire comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC20 | 328,43 | 1706,30 |
| 63) Colectomie subtotalaire comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR20 | 328,43 | 1706,30 |
| 64) Colectomie subtotalaire comprenant au minimum les trois quarts du côlon, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA20 | 259,48 | 1348,10 |
| 65) Colectomie subtotalaire 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 | 2538,00 |
| 66) Colectomie subtotalaire 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 | 2538,00 |
| 67) Colectomie subtotalaire 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 | 2179,70 |
| 68) Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie | LRC22 | 268,81 | 1396,60 |
| 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 | 1396,60 |
| 70) Colectomie de Hartmann ou résection colique segmentaire sans rétablissement de la continuité, avec pose | LRA22 | 234,34 | 1217,50 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| de stomie, par laparotomie | | | |
| 71) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC23 | 354,73 | 1843,00 |
| 72) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR23 | 354,73 | 1843,00 |
| 73) Colectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA23 | 285,78 | 1484,70 |
| 74) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie | LRC24 | 320,26 | 1663,90 |
| 75) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR24 | 320,26 | 1663,90 |
| 76) Colectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose de stomie, par laparotomie | LRA24 | 285,78 | 1484,70 |
| 77) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie | LRC25 | 514,80 | 2674,60 |
| 78) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR25 | 514,80 | 2674,60 |
| 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 | 2546,60 |
| 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 | 2546,60 |
| 81) Colectomie totale, avec rétablissement de la continuité, avec curage d'au moins 12 ganglions, par laparotomie | LRA25 | 445,85 | 2316,40 |
| 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 | 2188,40 |
| 83) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC27 | 225,00 | 1169,00 |
| 84) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR27 | 225,00 | 1169,00 |
| 85) Sigmoïdectomie, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA27 | 190,53 | 989,90 |
| 86) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie | LRC28 | 293,96 | 1527,20 |
| 87) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR28 | 293,96 | 1527,20 |
| 88) Sigmoïdectomie avec mobilisation de l'angle splénique, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie | LRA28 | 259,48 | 1348,10 |
| 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 | 2000,60 |
| 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 | 2000,60 |
| 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 | 1821,50 |
| 92) Résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie | LQC05 | 107,79 | 560,00 |
| 93) Résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie, avec assistance robotique | LQR05 | 107,79 | 560,00 |
| 94) Résection du diverticule de Meckel, par laparotomie | LQA05 | 73,31 | 380,90 |
| 95) Résection du caecum sans résection du grêle, par coelioscopie | LQC04 | 107,79 | 560,00 |
| 96) Résection du caecum sans résection du grêle, par coelioscopie, avec assistance robotique | LQR04 | 107,79 | 560,00 |
| 97) Résection du caecum sans résection du grêle, par laparotomie | LQA04 | 73,31 | 380,90 |
| 98) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie | LRC30 | 137,34 | 713,50 |
| 99) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR30 | 137,34 | 713,50 |
| 100) Appendicectomie et résection du diverticule de Meckel, par laparotomie | LRA30 | 102,86 | 534,40 |
| 101) Appendicectomie par coelioscopie | LRC31 | 107,79 | 560,00 |
| 102) Appendicectomie par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR31 | 107,79 | 560,00 |
| 103) Appendicectomie par laparotomie | LRA31 | 73,31 | 380,90 |
| 104) Coloproctectomie totale, avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par coelioscopie | LRC32 | 660,68 | 3432,50 |
| 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 | 3432,50 |
| 106) Coloproctectomie totale, avec rétablissement de la continuité par anastomose iléo-anale, avec pose d'une stomie de protection, par laparotomie | LRA32 | 591,73 | 3074,30 |
| 107) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par coelioscopie | LRC33 | 591,73 | 3074,30 |
| 108) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LRR33 | 591,73 | 3074,30 |
| 109) Coloproctectomie totale, sans rétablissement de la continuité, avec pose d'une stomie, par laparotomie | LRA33 | 522,78 | 2716,10 |
| 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 | 794,00 |
| 2) Cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR01 | 152,83 | 794,00 |
| 3) Cholécystectomie, par laparotomie | LSA01 | 118,35 | 614,90 |
| 4) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie | LSC02 | 177,45 | 921,90 |
| 5) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR02 | 177,45 | 921,90 |
| 6) Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par laparotomie | LSA02 | 142,98 | 742,80 |
| 7) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par | LSC03 | 220,89 | 1147,60 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| coelioscopie | | | |
| 8) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR03 | 220,89 | 1147,60 |
| 9) Ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie | LSA03 | 186,42 | 968,50 |
| 10) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par coelioscopie | LSC04 | 288,49 | 1498,80 |
| 11) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR04 | 288,49 | 1498,80 |
| 12) Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, avec cholécystectomie, par laparotomie | LSA04 | 254,01 | 1319,70 |
| 13) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie | LSC05 | 218,95 | 1137,50 |
| 14) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR05 | 218,95 | 1137,50 |
| 15) Cholédochoduodénostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie | LSA05 | 184,47 | 958,40 |
| 16) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie | LSC06 | 292,82 | 1521,30 |
| 17) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR06 | 292,82 | 1521,30 |
| 18) Cholédochojéjunostomie, avec cholécystectomie, par laparotomie | LSA06 | 223,87 | 1163,10 |
| 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 | 1521,30 |
| 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 | 1521,30 |
| 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 | 1342,20 |
| 22) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par coelioscopie | LSC08 | 292,82 | 1521,30 |
| 23) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR08 | 292,82 | 1521,30 |
| 24) Anastomose bilio-digestive au-dessus de la convergence portant sur plusieurs conduits biliaires, avec cholécystectomie, par laparotomie | LSA08 | 258,35 | 1342,20 |
| 25) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par coelioscopie | LSC09 | 292,82 | 1521,30 |
| 26) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR09 | 292,82 | 1521,30 |
| 27) Anastomose bilio-digestive intrahépatique portant sur un conduit biliaire segmentaire, avec cholécystectomie, par laparotomie | LSA09 | 258,35 | 1342,20 |
| 28) Reprise chirurgicale de la voie biliaire, par toute voie d'abord | LSQ01 | 246,26 | 1279,40 |
| 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 | 794,00 |
| 2) Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR10 | 152,83 | 794,00 |
| 3) Évacuation de collection hépatique ou fenestration de kyste hépatique, par laparotomie | LSA10 | 118,35 | 614,90 |
| 4) Kystectomie ou périkysectomie hépatique, par coelioscopie | LSC11 | 152,83 | 794,00 |
| 5) Kystectomie ou périkysectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR11 | 152,83 | 794,00 |
| 6) Kystectomie ou périkysectomie hépatique, par laparotomie | LSA11 | 118,35 | 614,90 |
| 7) Résection atypique du foie, par coelioscopie | LSC12 | 288,49 | 1498,80 |
| 8) Résection atypique du foie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR12 | 288,49 | 1498,80 |
| 9) Résection atypique du foie, par laparotomie | LSA12 | 172,75 | 897,50 |
| 10) Résections atypiques multiples du foie, par coelioscopie | LSC13 | 319,25 | 1658,60 |
| 11) Résections atypiques multiples du foie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR13 | 319,25 | 1658,60 |
| 12) Résections atypiques multiples du foie, par laparotomie | LSA13 | 284,77 | 1479,50 |
| 13) Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie | LTC01 | 288,49 | 1498,80 |
| 14) Unisegmentectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR01 | 288,49 | 1498,80 |
| 15) Unisegmentectomie hépatique, par laparotomie | LTA01 | 217,08 | 1127,80 |
| 16) Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie | LSC14 | 357,44 | 1857,00 |
| 17) Bisegmentectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR14 | 357,44 | 1857,00 |
| 18) Bisegmentectomie hépatique, par laparotomie | LSA14 | 254,01 | 1319,70 |
| 19) Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie | LTC02 | 357,44 | 1857,00 |
| 20) Trisegmentectomie hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR02 | 357,44 | 1857,00 |
| 21) Trisegmentectomie hépatique, par laparotomie | LTA02 | 254,01 | 1319,70 |
| 22) Hépatectomie gauche, par coelioscopie | LSC15 | 359,90 | 1869,80 |
| 23) Hépatectomie gauche, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR15 | 359,90 | 1869,80 |
| 24) Hépatectomie gauche, par laparotomie | LSA15 | 254,01 | 1319,70 |
| 25) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par coelioscopie | LSC16 | 400,51 | 2080,80 |
| 26) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR16 | 400,51 | 2080,80 |
| 27) Hépatectomie gauche élargie à d'autres segments, par laparotomie | LSA16 | 366,04 | 1901,70 |
| 28) Hépatectomie droite, par coelioscopie | LSC17 | 400,51 | 2080,80 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 29) Hépatectomie droite, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR17 | 400,51 | 2080,80 |
| 30) Hépatectomie droite, par laparotomie | LSA17 | 366,04 | 1901,70 |
| 31) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par coelioscopie | LSC18 | 434,99 | 2259,90 |
| 32) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR18 | 434,99 | 2259,90 |
| 33) Hépatectomie droite élargie au segment 4, par laparotomie | LSA18 | 366,04 | 1901,70 |
| 34) Hépatectomie centrale, par coelioscopie | LSC19 | 421,47 | 2189,70 |
| 35) Hépatectomie centrale, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR19 | 421,47 | 2189,70 |
| 36) Hépatectomie centrale, par laparotomie | LSA19 | 352,52 | 1831,50 |
| 37) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par coelioscopie | LSC20 | 434,99 | 2259,90 |
| 38) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR20 | 434,99 | 2259,90 |
| 39) Reprise d'hépatectomie avec réintervention sur le même lobe hépatique, par laparotomie | LSA20 | 366,04 | 1901,70 |
| 40) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par coelioscopie | LSC21 | 174,84 | 908,40 |
| 41) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR21 | 174,84 | 908,40 |
| 42) Hémostase d'une ou de lésion(s) du foie en cas de traumatisme, par laparotomie | LSA21 | 140,37 | 729,30 |
| 43) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par coelioscopie | LSC22 | 197,01 | 1023,50 |
| 44) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR22 | 197,01 | 1023,50 |
| 45) Destruction de tumeurs hépatiques avec courant de radiofréquence ou autre énergie, par laparotomie | LSA22 | 160,07 | 831,60 |
| 46) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par coelioscopie | LSC23 | 164,99 | 857,20 |
| 47) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LSR23 | 164,99 | 857,20 |
| 48) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, par laparotomie | LSA23 | 128,05 | 665,30 |
| 49) Mise en place d'un cathéter pour chimio-embolisation intra-artérielle hépatique, sous contrôle radiologique, par voie vasculaire | LSH01 | 98,50 | 511,70 |
| 50) Biopsie hépatique, en dehors de la biopsie per-opératoire, par laparotomie ou coelioscopie | LGQ01 | 51,71 | 268,70 |
| 51) Biopsie hépatique, en dehors de la biopsie per-opératoire, par coelioscopie, avec assistance robotique | LGR01 | 51,71 | 268,70 |

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 | 1163,10 |
| 2) Anastomose pancréatico-jéjunale, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR03 | 223,87 | 1163,10 |
| 3) Anastomose pancréatico-jéjunale, par laparotomie | LTA03 | 189,40 | 984,00 |
| 4) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie | LTC04 | 292,82 | 1521,30 |
| 5) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR04 | 292,82 | 1521,30 |
| 6) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose biliodigestive, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie | LTA04 | 258,35 | 1342,20 |
| 7) Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par coelioscopie | LTC05 | 292,82 | 1521,30 |
| 8) Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR05 | 292,82 | 1521,30 |
| 9) Anastomose pancréatico-jéjunale avec gastro-jéjunostomie, par laparotomie | LTA05 | 258,35 | 1342,20 |
| 10) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie | LTC06 | 421,30 | 2188,80 |
| 11) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR06 | 421,30 | 2188,80 |
| 12) Anastomose pancréatico-jéjunale avec anastomose bilio-digestive et gastro-jéjunostomie, avec ou sans cholécystectomie, par laparotomie | LTA06 | 386,82 | 2009,70 |
| 13) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par coelioscopie | LTC07 | 406,32 | 2111,00 |
| 14) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR07 | 406,32 | 2111,00 |
| 15) Anastomose pancréatico-jéjunale élargie associée à un évidement de la tête du pancréas (Intervention de Frey), par laparotomie | LTA07 | 369,39 | 1919,10 |
| 16) Nécrosectomie pancréatique, par coelioscopie | LTC08 | 191,19 | 993,30 |
| 17) Nécrosectomie pancréatique, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR08 | 191,19 | 993,30 |
| 18) Nécrosectomie pancréatique, par laparotomie | LTA08 | 156,72 | 814,20 |
| 19) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par coelioscopie | LTC09 | 220,89 | 1147,60 |
| 20) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR09 | 220,89 | 1147,60 |
| 21) Exérèse locale de tumeur du pancréas, par laparotomie | LTA09 | 186,42 | 968,50 |
| 22) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie | LTC10 | 329,25 | 1710,60 |
| 23) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR10 | 329,25 | 1710,60 |
| 24) Pancréatectomie gauche avec conservation de la rate, par laparotomie | LTA10 | 260,29 | 1352,30 |
| 25) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par coelioscopie | LTC11 | 284,92 | 1480,30 |
| 26) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR11 | 284,92 | 1480,30 |
| 27) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), par laparotomie | LTA11 | 250,44 | 1301,10 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 28) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie | LTC12 | 444,93 | 2311,60 |
| 29) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR12 | 444,93 | 2311,60 |
| 30) Pancréatectomie gauche avec splénectomie (Spléno pancréatectomie gauche), avec curage ganglionnaire, par laparotomie | LTA12 | 410,45 | 2132,50 |
| 31) Isthmectomie pancréatique, par toute voie d'abord | LTQ01 | 186,42 | 968,50 |
| 32) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par coelioscopie | LTC13 | 400,51 | 2080,80 |
| 33) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR13 | 400,51 | 2080,80 |
| 34) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie | LTC14 | 560,52 | 2912,10 |
| 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 | 2912,10 |
| 36) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, par laparotomie | LTA13 | 366,04 | 1901,70 |
| 37) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum, sans splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie | LTA14 | 526,05 | 2733,00 |
| 38) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par coelioscopie | LTC15 | 400,51 | 2080,80 |
| 39) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR15 | 400,51 | 2080,80 |
| 40) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, par laparotomie | LTA15 | 366,04 | 1901,70 |
| 41) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie | LTC16 | 560,52 | 2912,10 |
| 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 | 2912,10 |
| 43) Pancréatectomie totale ou subtotale (sauf pancréatectomie gauche) avec conservation du duodénum et splénectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie | LTA16 | 526,05 | 2733,00 |
| 44) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par coelioscopie | LTC17 | 400,51 | 2080,80 |
| 45) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR17 | 400,51 | 2080,80 |
| 46) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, par laparotomie | LTA17 | 366,04 | 1901,70 |
| 47) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie | LTC18 | 595,00 | 3091,30 |
| 48) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR18 | 595,00 | 3091,30 |
| 49) Duodéno-pancréatectomie céphalique, avec rétablissement de la continuité, avec cholécystectomie, avec curage ganglionnaire, par laparotomie | LTA18 | 446,04 | 2317,40 |
| 50) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par coelioscopie | LTC19 | 400,51 | 2080,80 |
| 51) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par coelioscopie, avec assistance robotique | LTR19 | 400,51 | 2080,80 |
| 52) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), par laparotomie | LTA19 | 366,04 | 1901,70 |
| 53) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par coelioscopie | LTC20 | 560,52 | 2912,10 |
| 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 | 2912,10 |
| 55) Duodéno-pancréatectomie totale avec rétablissement de la continuité et splénectomie (Spléno pancréatectomie totale), avec curage ganglionnaire, par laparotomie | LTA20 | 526,05 | 2733,00 |
| <i>Sous-section 9 - Chirurgie des glandes surrénales</i> | | | |
| 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 | LVC01 | 247,37 | 1285,20 |
| 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 | LVR01 | 247,37 | 1285,20 |
| 3) Surrénalectomie partielle ou totale, sans intervention sur le rein, avec ou sans résection des splanchniques, avec ou sans décapsulation, par laparotomie | LVA01 | 178,41 | 926,90 |
| 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). | | | |
| <i>Sous-section 10 - Chirurgie de la rate</i> | | | |
| 1) Splénectomie totale, par coelioscopie | LUC02 | 187,38 | 973,50 |
| 2) Splénectomie totale, par coelioscopie, avec assistance robotique | LUR02 | 187,38 | 973,50 |
| 3) Splénectomie totale, par laparotomie | LUA02 | 152,90 | 794,40 |

- 4) Splénectomie partielle, par coelioscopie
- 5) Splénectomie partielle, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 6) Splénectomie partielle, par laparotomie

| <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|-------------|---------------|--------------|
| LUC01 | 162,75 | 845,60 |
| LUR01 | 162,75 | 845,60 |
| LUA01 | 128,28 | 666,50 |

Sous-section 11 - Chirurgie du rectum

- 1) Résection antérieure du rectum avec résection du mésorectum avec anastomose latérotérminale ou terminotérminale, 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 latérotérminale ou terminotérminale, 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 latérotérminale ou terminotérminale, 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 subtotalle du mésorectum avec anastomose terminale, par coelioscopie
- 14) Résection antérieure du rectum avec résection subtotalle du mésorectum avec anastomose terminale, par coelioscopie, avec assistance robotique
- 15) Résection antérieure du rectum avec résection subtotalle du 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

| | | |
|-------|--------|---------|
| LWC05 | 534,97 | 2779,40 |
| LWR05 | 534,97 | 2779,40 |
| LWA05 | 466,02 | 2421,20 |
| LWC06 | 569,44 | 2958,50 |
| LWA06 | 500,49 | 2600,20 |
| LWR06 | 569,44 | 2958,50 |
| LWC07 | 569,44 | 2958,50 |
| LWR07 | 569,44 | 2958,50 |
| LWA07 | 500,49 | 2600,20 |
| LWC08 | 569,44 | 2958,50 |
| LWR08 | 569,44 | 2958,50 |
| LWA08 | 500,49 | 2600,20 |
| LWC09 | 395,90 | 2056,90 |
| LWR09 | 395,90 | 2056,90 |
| LWA09 | 326,95 | 1698,60 |
| LWC10 | 146,89 | 763,20 |
| LWR10 | 146,89 | 763,20 |
| LWA10 | 112,42 | 584,10 |
| LWD01 | 146,89 | 763,20 |
| LWD02 | 73,88 | 383,80 |
| LWE01 | 144,43 | 750,40 |
| LMC01 | 581,49 | 3021,10 |
| LMR01 | 581,49 | 3021,10 |
| LMA01 | 443,58 | 2304,60 |

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

| | | |
|-------|--------|---------|
| LWC13 | 155,29 | 806,80 |
| LWR13 | 155,29 | 806,80 |
| LWA11 | 118,35 | 614,90 |
| LWD03 | 109,95 | 571,20 |
| LWC12 | 250,54 | 1301,70 |
| LWR12 | 250,54 | 1301,70 |
| LWA12 | 213,60 | 1109,70 |
| LWD04 | 205,21 | 1066,10 |
| LWD05 | 109,95 | 571,20 |

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

| | | |
|-------|-------|--------|
| LWA13 | 42,26 | 219,60 |
| LWA14 | 91,51 | 475,40 |
| LPB01 | 24,63 | 128,00 |
| LWA15 | 79,20 | 411,50 |
| LWA16 | 75,08 | 390,10 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 6) Traitement d'une fistule anale supra-sphinctérienne, trans-sphinctérienne ou inter-sphinctérienne avec Séton, par voie directe | LWA17 | 75,08 | 390,10 |
| 7) Cure de fistule anale supra-sphinctérienne, par voie directe | LWA18 | 124,34 | 646,00 |
| 8) Cure de fistule anale trans et inter-sphinctérienne, par voie directe | LWA19 | 136,65 | 710,00 |
| 9) Cure de fistule anale sous-muqueuse, par voie directe | LWA20 | 42,26 | 219,60 |
| 10) Hémostase isolée, par toute technique chirurgicale | LWQ02 | 42,26 | 219,60 |
| 11) Cure de plusieurs hémorroïdes, par toute technique chirurgicale | LWQ01 | 100,33 | 521,30 |
| 12) Exérèse de thrombose hémorroïdaire externe, par voie directe | LWD06 | 42,26 | 219,60 |
| 13) Exérèse de sinus pilonidal avec ou sans fermeture primaire (avec prélèvement anatomopathologique), par voie directe | LWA21 | 61,56 | 319,80 |
| 14) Marsupialisation de sinus pilonidal, par voie directe | LWA22 | 36,20 | 188,10 |
| 15) Incision d'abcès sur sinus pilonidal, par voie directe | LWA23 | 8,50 | 44,20 |
| 16) Exérèse de Verneuil de moins de 30 cm ² , par voie directe | LLA14 | 64,03 | 332,70 |
| 17) Exérèse de Verneuil de plus de 30 cm ² , par voie directe | LLA15 | 98,50 | 511,70 |
| 18) Débridement périnéofessier large pour gangrène de Fournier, par voie directe | LWA24 | 103,43 | 537,40 |
| 19) Coagulation de condylomes anaux, par voie directe | LWD07 | 42,26 | 219,60 |
| 20) Exérèse de condylomes, par voie directe | LWD08 | 42,26 | 219,60 |
| 21) Excision de tumeurs de la marge et du canal anal ou exérèse isolée de marisque ou papille anale, par voie directe | LWD09 | 42,26 | 219,60 |
| 22) Reprise pour hémostase après intervention proctologique, par voie directe | LWA25 | 42,26 | 219,60 |
| 23) Cure par lambeau cutané ou muqueux d'une sténose anale, par voie directe | LWD10 | 103,82 | 539,40 |
| 24) Intervention pour imperforation anale vraie, par voie basse | LWD11 | 99,24 | 515,60 |
| 25) Intervention pour imperforation anale, par voie haute ou combinée | LWP01 | 185,95 | 966,10 |
| 26) Reconstruction du sphincter anal par plastie musculaire, par voie directe | LWA26 | 109,95 | 571,20 |
| 27) Cure d'incontinence anale par agent de gonflement (bulking agent) trans-sphinctérien | LWD12 | 29,55 | 153,50 |
| 28) Cure d'incontinence anale par implants trans-sphinctériens | LWD13 | 136,94 | 711,50 |
| 29) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, première séance | LWD14 | 15,85 | 82,30 |
| 30) Fissure anale ou hémorroïde traitée par électrocoagulation ou injection sclérosante, séances suivantes et par séance | LWD15 | 10,14 | 52,70 |

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 1G61 (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 | LMB02 | 75,08 | 390,10 |
| 2) Pose, ablation, ou changement de « vacuum assisted closure » (VAC) intrapéritonéal | LMB01 | 143,86 | 747,40 |
| 3) Recoupe ou réfection de stomie avec ou sans transposition, par voie directe | LRA34 | 93,06 | 483,50 |
| 4) Cure d'une collection (abcès ...), par coelioscopie | LMC03 | 96,41 | 500,90 |
| 5) Cure d'une collection (abcès ...), par coelioscopie, avec assistance robotique | LMR03 | 96,41 | 500,90 |
| 6) Cure d'une collection (abcès ...), par laparotomie | LMA03 | 61,93 | 321,80 |
| 7) Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose, en urgence, par coelioscopie | LZC02 | 178,34 | 926,50 |
| 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 | LZR02 | 178,34 | 926,50 |
| 9) Cure d'une hémorragie, occlusion, torsion, perforation (sauf celle de l'appendice) ou plaie, sans résection ni anastomose, en urgence, par laparotomie | LZA02 | 143,86 | 747,40 |
| 10) 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 | LMC04 | 194,54 | 1010,70 |
| 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 | 1010,70 |
| 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 | 831,60 |
| 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 | 1458,50 |
| 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 | 1458,50 |
| 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 | 1279,40 |
| 16) Cure de hernie avec hydrocèle ou ectopie testiculaire | LLA16 | 93,06 | 483,50 |
| 17) Cure d'occlusion du nouveau-né par malformation congénitale (atrésie, volvulus, méésentère commun) | LYA01 | 172,85 | 898,00 |

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).

Sous-section 15 - Actes complémentaires

| | | | |
|--|-------|-------|--------|
| 1) Acte complémentaire : Radiographie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques | LCF01 | 24,75 | 128,60 |
| 2) Acte complémentaire : Endoscopie / radioscopie peropératoire des voies biliaires ou pancréatiques | LDH01 | 24,75 | 128,60 |

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*Sous-section 1 - Crâne et encéphale*

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| a) Ponctions, biopsies et prélèvements | | | |
| 1) Biopsie(s) intracrânienne(s), avec intervention stéréotaxique, par trou de trépan ou par voie endoscopique | YJQ11 | 233,20 | 1211,60 |
| 2) Biopsie(s) intracrânienne(s), avec intervention stéréotaxique, avec plusieurs trajectoires différentes, par plusieurs trous de trépan | YJA12 | 282,87 | 1469,60 |
| 3) Biopsie(s) intracrânienne(s), avec intervention stéréotaxique, sous microscope, par voie transnasale | YJD13 | 233,20 | 1211,60 |
| 4) Biopsie de l'os du crâne avec ou sans intervention stéréotaxique, par abord direct | YJQ14 | 103,46 | 537,50 |
| 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 | 587,80 |
| 6) Repose de plusieurs volets crâniens autologues, par tout système d'ostéosynthèse, par abord direct | YNA12 | 147,24 | 765,00 |
| 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 | 771,90 |
| 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 | 866,90 |
| 9) Fenestration de multiples kystes intracérébraux, avec ou sans intervention stéréotaxique, par voie endoscopique | YNC15 | 187,28 | 973,00 |
| 10) Thermoablation d'une lésion encéphalique par fibre laser sous IRM, y compris la planification préopératoire, par abord direct | YNH16 | 483,09 | 2509,80 |
| 11) Évacuation d'un hématome intracérébral, sous microscope, avec ou sans intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie ouverte | YNA17 | 187,28 | 973,00 |
| 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 | 1119,50 |
| 13) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) superficielle(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie unilatérale | YNA19 | 361,86 | 1880,00 |
| 14) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) superficielle(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie bilatérale | YNA21 | 504,21 | 2619,60 |
| 15) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) profonde(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie unilatérale | YNA22 | 455,93 | 2368,70 |
| 16) Exérèse de tumeur(s) extra-axiale(s) profonde(s), avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par craniotomie bilatérale | YNA23 | 558,79 | 2903,10 |
| 17) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale non-fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique, par craniotomie unilatérale | YNA24 | 504,21 | 2619,60 |
| 18) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale non-fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique, par craniotomie bilatérale | YNA25 | 626,89 | 3256,90 |
| 19) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique, avec neuromonitoring, par craniotomie unilatérale | YNA26 | 504,21 | 2619,60 |
| 20) Exérèse de tumeur(s) intra-axiale(s) d'une zone cérébrale fonctionnelle, avec intervention stéréotaxique, avec neuromonitoring, par craniotomie bilatérale | YNA27 | 641,76 | 3334,20 |
| 21) Exérèse d'une tumeur osseuse crânienne, avec ou sans intervention stéréotaxique, par abord direct | YNA28 | 96,82 | 503,00 |
| 22) Exérèse d'une tumeur intracrânienne, avec intervention stéréotaxique, par voie transnasale endoscopique | YNE29 | 455,93 | 2368,70 |
| 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 | 3902,20 |
| 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 | 2063,60 |
| 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 | 2619,60 |
| 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 | 4161,50 |
| 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 | 5174,40 |
| 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 | 5950,90 |
| 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 | 268,30 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 30) Mise en place d'un drainage ventriculaire externe, par abord direct | YQA12 | 72,73 | 377,90 |
| 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 | 503,00 |
| 32) Mise en place d'une dérivation lombaire externe, par abord direct | YQB14 | 62,18 | 323,00 |
| 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 | 866,90 |
| 34) Ventriculocisternostomie du troisième ventricule ou kystostomie intracérébrale, avec ou sans intervention stéréotaxique, par voie endoscopique | YQC16 | 128,99 | 670,20 |
| 35) Mise en place d'un cathéter ventriculaire avec instillation d'un réservoir | YQA17 | 100,55 | 522,40 |
| 36) Évacuation d'hématome épi- ou sous-dural, avec ou sans pose de drain(s), par trou(s) de trépan, unilatérale | YQA18 | 94,35 | 490,20 |
| 37) Évacuation d'hématome épi- ou sous-dural, avec ou sans pose de drain(s), par trou(s) de trépan, bilatérale | YQA19 | 112,21 | 583,00 |
| 38) Évacuation d'hématome(s) épi- ou sous-duraux, avec ou sans pose de drain(s) par craniotomie ou craniectomie, unilatérale | YQA21 | 184,22 | 957,10 |
| 39) Évacuation d'hématome(s) épi- ou sous-duraux, avec ou sans pose de drain(s) par craniotomie ou craniectomie, bilatérale | YQA22 | 224,38 | 1165,70 |
| 40) Décompression supra-tentorielle, avec plastie autologue ou synthétique de la dure-mère pour accident ischémique par hémicraniectomie unilatérale | YQA23 | 130,07 | 675,80 |
| 41) Décompression supra-tentorielle, avec plastie autologue ou synthétique de la dure-mère pour accident ischémique par hémicraniectomie bilatérale | YQA24 | 208,71 | 1084,30 |
| 42) Décompression infra-tentorielle, avec plastie de la dure-mère, avec ou sans résection parenchymateuse par craniectomie | YQA25 | 208,71 | 1084,30 |
| 43) Évacuation d'empyème sous-dural ou d'abcès intracérébral, par abord direct | YQA26 | 167,08 | 868,00 |
| 44) Exérèse d'un cavernome sous microscope, avec intervention stéréotaxique, avec ou sans neuromonitoring, par voie ouverte | YQA27 | 414,73 | 2154,70 |
| 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 | 3179,20 |
| 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 | 3939,40 |
| 47) Anastomose vasculaire intra-extracrânienne, avec intervention stéréotaxique, avec microangiographie par fluorescence, micro-doppler et neuromonitoring peropératoire par craniotomie | YRA13 | 829,28 | 4308,40 |
| 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 | 3639,50 |
| 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 | 4235,10 |
| 50) Traitement d'un anévrisme cérébral non rompu, par coil intracrânien, par voie endovasculaire | YRH16 | 362,04 | 1880,90 |
| 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 | 2453,30 |
| 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 | 2982,70 |
| 53) Traitement d'un anévrisme cérébral rompu, par coil intracrânien, par voie endovasculaire | YRH19 | 472,20 | 2453,30 |
| 54) Traitement d'un anévrisme cérébral rompu, par coil intracrânien, y compris l'angiographie diagnostique, par voie endovasculaire | YRH21 | 574,10 | 2982,70 |
| 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 | 2982,70 |
| 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 | 3487,60 |
| 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 | 2453,30 |
| 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 | 2453,30 |
| 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 | 2982,70 |
| 60) Traitement d'un vasospasme intracrânien par injection de substance vasoactive, par voie endovasculaire | YRH27 | 187,28 | 973,00 |
| 61) Traitement d'un vasospasme intracrânien ou d'une sténose intracrânienne, par angioplastie au ballon, par voie endovasculaire | YRH28 | 296,42 | 1540,00 |
| 62) Recanalisation d'un vaisseau cérébral occlus, par injection de substance thrombolytique, par voie endovasculaire | YRH29 | 282,01 | 1465,20 |
| 63) Recanalisation mécanique d'un vaisseau cérébral occlus, par toute technique (aspiration, thrombectomie mécanique, pose de stent, autre), par voie endovasculaire | YRH31 | 353,02 | 1834,10 |
| 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 | 3939,40 |
| g) Stimulation du système nerveux | | | |
| 65) Pose, remplacement ou repris d'une électrode de stimulation intracérébrale, y compris l'insertion | YUA11 | 551,05 | 2862,90 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| d'électrodes provisoires de test, avec intervention stéréotaxique, par voie ouverte | | | |
| 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 | 3452,20 |
| 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 | 205,20 |
| 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 | 2509,80 |
| 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 | 3076,90 |
| 70) Pose, remplacement ou reprise d'une électrode de stimulation du nerf vague, sous microscopie optique, par voie ouverte | YUA16 | 351,04 | 1823,80 |
| 71) Mise en place d'un boîtier d'un boîtier de stimulation sous cutané du nerf vague, par voie ouverte - CAC | YUA17 | 39,50 | 205,20 |
| 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 | 1469,60 |
| 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 | 2063,60 |
| 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 | 2453,30 |
| 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 | 2368,70 |
| 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 | 821,30 |
| 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 | 866,90 |
| 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 | 722,00 |
| 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 | 711,30 |
| 2) Neurectomie vestibulaire | 2N82 | 300,95 | 1563,60 |
| 3) Gangliolyse (Taarnhoj) | 2N83 | 182,40 | 947,60 |
| 4) Neurotomie sélective ou anastomose du nerf facial périphérique | 2N84 | 136,90 | 711,30 |
| 5) Transposition d'un tronc nerveux | 2N86 | 91,15 | 473,60 |
| 6) Exploration du plexus brachial | 2N87 | 136,90 | 711,30 |
| 7) Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités, une séance pour une période de 6 mois | 2N88 | 50,00 | 259,80 |
| REMARQUE: | | | |
| L'assistance opératoire ne peut pas être mise en compte pour la thermocoagulation facettaire (2N88). | | | |
| <i>Sous-section 3 - Chirurgie du canal rachidien</i> | | | |
| 1) Traitement chirurgical du spina bifida sans méningo-myélocèle | 2V11 | 57,25 | 297,40 |
| 2) Traitement chirurgical du spina bifida avec méningo-myélocèle | 2V12 | 136,90 | 711,30 |
| 3) Laminectomie avec cure d'abcès, arachnoidite, pachyméningite | 2V21 | 136,90 | 711,30 |
| 4) Laminectomie avec section des ligaments dentelés | 2V22 | 136,90 | 711,30 |
| 5) Laminectomie avec ablation d'une tumeur sous-durale, extramédullaire | 2V23 | 168,85 | 877,20 |
| 6) Cure chirurgicale d'une malformation vasculaire médullaire | 2V24 | 168,85 | 877,20 |
| 7) Laminectomie avec ponction d'une tumeur intramédullaire | 2V31 | 136,90 | 711,30 |
| 8) Laminectomie pour hématome intrarachidien | 2V32 | 168,85 | 877,20 |
| 9) Intervention pour syringomyélie ou hydromélie | 2V33 | 168,85 | 877,20 |
| 10) Laminectomie avec ablation d'une tumeur intramédullaire | 2V34 | 218,80 | 1136,80 |
| 11) Laminectomie avec ablation d'une tumeur de la queue de cheval | 2V35 | 218,80 | 1136,80 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 12) Extraction d'un corps étranger du canal rachidien | 2V36 | 136,90 | 711,30 |
| 13) Cordotomie isolée | 2V41 | 136,90 | 711,30 |
| 14) Cordotomies combinées multiples | 2V42 | 159,70 | 829,70 |
| 15) Myélotomie commissurale | 2V43 | 136,90 | 711,30 |
| 16) Radicotomies intradurales multiples | 2V44 | 159,70 | 829,70 |
| 17) Implantation du boîtier d'un stimulateur médullaire | 2V51 | 39,50 | 205,20 |
| 18) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique et stimulation de repérage | 2V52 | 65,95 | 342,60 |
| 19) Mise en place par voie percutanée de la sonde d'un stimulateur médullaire sous contrôle radiologique, stimulation de repérage et implantation du boîtier | 2V53 | 87,50 | 454,60 |
| 20) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués | 2V54 | 136,95 | 711,50 |
| 21) Laminectomie et mise en place de la sonde d'un stimulateur, stimulation éventuelle avec enregistrement des potentiels évoqués et implantation du boîtier | 2V55 | 156,70 | 814,10 |

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 | 2V61 | 45,75 | 237,70 |
| 2) Ostéosynthèse occipito-cervicale | 2V62 | 113,85 | 591,50 |
| 3) Ostéosynthèse cervicale | 2V63 | 136,90 | 711,30 |
| 4) Ostéosynthèse cervicale par voie transorale | 2V64 | 252,15 | 1310,00 |
| 5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical (ostéosynthèse comprise) | 2V65 | 168,85 | 877,20 |
| 6) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis cervical, par voie transorale (ostéosynthèse comprise) | 2V66 | 252,15 | 1310,00 |
| 7) Greffe osseuse cervicale, prise du greffon comprise | 2V67 | 78,10 | 405,80 |
| 8) Laminectomie cervicale simple, un niveau | 2V71 | 68,50 | 355,90 |
| 9) Laminectomie cervicale élargie, plus d'un niveau | 2V72 | 168,85 | 877,20 |
| 10) Intervention pour hernie discale cervicale avec ou sans uncoforaminotomie | 2V73 | 168,85 | 877,20 |
| 11) Corporectomie cervicale avec greffe et ostéosynthèse | 2V75 | 252,15 | 1310,00 |

b) Rachis dorsal ou lombaire

| | | | |
|---|------|--------|---------|
| 1) Réduction et contention d'une fracture ou luxation de la colonne dorsale ou lombaire | 2V81 | 35,35 | 183,70 |
| 2) Ostéosynthèse dorsale par voie postérieure | 2V82 | 136,90 | 711,30 |
| 3) Ostéosynthèse dorsale par voie antérieure | 2V83 | 168,85 | 877,20 |
| 4) Ostéosynthèse lombaire | 2V84 | 136,90 | 711,30 |
| 5) Traitement chirurgical de lésions dégénératives, inflammatoires ou tumorales du rachis dorsal ou lombaire (ostéosynthèse comprise) | 2V85 | 168,85 | 877,20 |
| 6) Greffe osseuse dorsale ou lombaire, prise du greffon comprise | 2V86 | 78,10 | 405,80 |
| 7) Laminectomie dorsale ou lombaire simple, un niveau | 2V91 | 68,50 | 355,90 |
| 8) Laminectomie dorsale ou lombaire élargie, plus d'un niveau | 2V92 | 168,85 | 877,20 |
| 9) Intervention pour hernie discale dorsale ou lombaire | 2V93 | 100,55 | 522,40 |
| 10) Arthrodèse intersomatique lombaire (greffe et prise du greffon comprise) | 2V94 | 175,95 | 914,10 |
| 11) Traitement orthopédique d'une scoliose ou cyphose avec réduction et contention | 2V95 | 45,75 | 237,70 |
| 12) Traitement chirurgical d'une scoliose ou cyphose avec ostéosynthèse, quelle que soit l'étendue | 2V96 | 252,15 | 1310,00 |
| 13) Résection du coccyx, opération pour fistule sacro-coccygienne | 2V97 | 36,20 | 188,10 |

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 | CPA11 | 22,33 | 116,00 |
| 2) Excision d'une cicatrice vicieuse avec suture, visage et mains | CPA12 | 34,48 | 179,10 |
| 3) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, hors visage et mains | CPA13 | 51,78 | 269,00 |
| 4) Correction d'une bride rétractile par plastie en Z, visage et mains | CPA14 | 67,44 | 350,40 |
| 5) Réparation de perte de substance par lambeau cutané au hasard (autoplastie par rotation ou par glissement), sans pédicule individualisé, hors visage et mains | CPA15 | 57,85 | 300,60 |
| 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 | CPA16 | 115,70 | 601,10 |
| 7) Réparation de perte de substance par lambeau cutané au hasard (autoplastie par rotation ou par glissement), sans pédicule individualisé, visage et mains | CPA17 | 86,80 | 451,00 |
| 8) Réparation de perte de substance par plusieurs lambeaux cutanés au hasard (autoplasties par rotation ou par glissement), sans pédicule individualisé, visage et mains | CPA18 | 173,60 | 901,90 |
| 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 | CPA19 | 297,28 | 1544,50 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 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 | CPA21 | 430,51 | 2236,70 |
| 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 | CPA22 | 320,15 | 1663,30 |
| 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 | CPA23 | 476,25 | 2474,30 |
| 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 | CPA24 | 457,35 | 2376,10 |
| 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 | CPA25 | 480,22 | 2494,90 |
| 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 | CPA26 | 503,09 | 2613,80 |
| 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 | CPA27 | 525,95 | 2732,50 |
| 17) Révision des berges, remodelage d'un lambeau pédiculé ou libre, sevrage d'un lambeau à pédicule transitoire | CPA28 | 95,17 | 494,40 |
| 18) Révision d'un lambeau microchirurgical avec reprise des anastomoses | CPA29 | 209,14 | 1086,60 |
| 19) Pose d'une prothèse d'expansion sous-cutanée (hors sein) | CPA31 | 78,34 | 407,00 |
| 20) Pose de plusieurs prothèses d'expansion sous-cutanées (hors sein) | CPA32 | 136,89 | 711,20 |
| <i>Sous-section 2 - Autogreffes et pose de derme artificiel</i> | | | |
| 1) Greffe dermo-épidermique < 10 cm2 hors visage et mains, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues | CQA11 | 35,05 | 182,10 |
| 2) Greffe dermo-épidermique < 10 cm2 visage et mains, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues | CQA12 | 69,10 | 359,00 |
| 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 | CQA13 | 44,24 | 229,80 |
| 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 | CQA14 | 81,07 | 421,20 |
| 5) Greffe dermo-épidermique de 50 à 200 cm2 (200 exclus), y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues | CQA15 | 53,42 | 277,50 |
| 6) Greffe dermo-épidermique à compter de 200 cm2, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues | CQA16 | 71,80 | 373,00 |
| 7) Greffe de peau totale (pleine épaisseur) < 50 cm2, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues | CQA17 | 81,07 | 421,20 |
| 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 | CQA18 | 103,92 | 539,90 |
| 9) Greffe de peau totale (pleine épaisseur) à compter de 100 cm2, y compris la fermeture du site donneur pour les greffes autologues | CQA19 | 125,86 | 653,90 |
| 10) Greffe adipocytaire < 50 ml du visage y compris le prélèvement par lipoaspiration, la décantation et l'injection - APCM | CQA21 | 51,78 | 269,00 |
| 11) Greffe adipocytaire < 50 ml d'un sein y compris le prélèvement par lipoaspiration, la décantation et l'injection - APCM | CQA22 | 51,78 | 269,00 |
| 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 | 350,40 |
| 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 | 494,40 |
| 14) Pose de derme artificiel | CQA25 | 81,07 | 421,20 |
| 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 | 204,10 |
| 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 | 625,50 |
| 2) Dermolipectomie abdominale antérieure avec transposition ombilicale, hors lipoaspiration - APCM | CRA12 | 187,33 | 973,30 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 3) Dermolipectomie abdominale totale circulaire avec transposition ombilicale, hors lipoaspiration - APCM | CRA13 | 279,74 | 1453,40 |
| 4) Lipectomie bilatérale des parties internes des cuisses - APCM | CRA14 | 167,28 | 869,10 |
| 5) Lipectomie bilatérale des parties internes des bras - APCM | CRA15 | 167,28 | 869,10 |
| 6) Liposuccion des deux membres supérieurs en cas de lipoedème à partir du stade 3, avec anesthésie tumescence - APCM | CRA16 | 138,00 | 717,00 |
| 7) Liposuccion des deux membres inférieurs en cas de lipoedème à partir du stade 3, avec anesthésie tumescence - APCM | CRA17 | 248,00 | 1288,50 |
| 8) Liposuccion en cas d'extravasation liée à un traitement antinéoplasique | CRA18 | 33,63 | 174,70 |
| <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 | 233,40 |
| 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 | 293,80 |
| 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 | 539,90 |
| 4) Correction d'une ptose palpébrale unilatérale, opération portant sur le muscle releveur, muscle de Müller ou muscle frontal. | CSA14 | 120,72 | 627,20 |
| 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 | 721,60 |
| 6) Correction d'une ptose palpébrale bilatérale, opération portant sur le muscle releveur, muscle de Müller ou muscle frontal | CSA16 | 192,44 | 999,80 |
| 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 | 1199,90 |
| 8) Correction chirurgicale de la rétraction de la paupière dans le cas d'un ectropion post-chirurgical ou post traumatique | CSA18 | 101,43 | 527,00 |
| 9) Alourdissement de la paupière supérieure avec implant d'or/platine dans le cas d'une paralysie faciale | CSA19 | 89,58 | 465,40 |
| 10) Correction d'une ptose du sourcil en cas de paralysie faciale | CSA21 | 44,93 | 233,40 |
| <i>Sous-section 5 - Actes thérapeutiques sur le nez</i> | | | |
| 1) Plastie nasale sans greffe | CTA11 | 78,34 | 407,00 |
| 2) Plastie nasale avec greffe chondro-cutanée prélevée sur l'oreille | CTA12 | 109,27 | 567,70 |
| 3) Rhinoplastie ouverte ou fermée de la pyramide nasale par ostéotomie, ou greffe, ou prothèse pour déformation post-traumatique - APCM | CTA13 | 174,87 | 908,50 |
| 4) Rhinoplastie pour déformation après fente labiale ou labiopalatine | CTA14 | 229,10 | 1190,30 |
| 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 | 2218,70 |
| <i>Sous-section 6 - Actes thérapeutiques pour fente orofaciale</i> | | | |
| 1) Fermeture d'une fente labiale, unilatérale par abord direct | CWA11 | 134,53 | 698,90 |
| 2) Fermeture d'une fente labiale, bilatérale par abord direct | CWA12 | 226,33 | 1175,90 |
| 3) Correction d'une division vélo-palatine par abord direct | CWA13 | 171,98 | 893,50 |
| <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 | 407,00 |
| 2) Autoplastie du pavillon de l'oreille avec intervention sur le cartilage, chirurgie de l'oreille décollée, bilatérale | CVA12 | 136,89 | 711,20 |
| 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 | 1086,60 |
| 4) Reconstitution partielle du pavillon de l'oreille, avec retouche des lambeaux cutanés / fasciocutanés et greffe de peau (2ème temps) | CVA14 | 124,08 | 644,60 |
| <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 | 642,80 |
| 2) Plastie de réduction mammaire bilatérale par technique de cicatrice verticale (Lejour) - APCM | SQA12 | 212,12 | 1102,00 |
| 3) Plastie de réduction mammaire unilatérale par technique de T inversé - APCM | SQA13 | 123,73 | 642,80 |
| 4) Plastie de réduction mammaire bilatérale par technique de T inversé - APCM | SQA14 | 212,12 | 1102,00 |
| 5) Plastie de réduction mammaire unilatérale par technique de T inversé avec greffe de l'aréole (Thorek) - APCM | SQA15 | 155,00 | 805,30 |
| 6) Plastie de réduction mammaire bilatérale par technique de T inversé avec greffe des aréoles (Thorek) - APCM | SQA16 | 265,47 | 1379,20 |
| 7) Symétrisation d'un sein après acte thérapeutique sur l'autre sein, par pose de prothèse mammaire | SQA17 | 95,17 | 494,40 |
| <i>Sous-section 9 - Reconstruction du sein</i> | | | |
| 1) Reconstruction mammaire unilatérale par pose de prothèse d'expansion tissulaire (premier temps) | SSA11 | 78,34 | 407,00 |
| 2) Reconstruction mammaire bilatérale par pose de prothèses d'expansion tissulaire (premier temps) | SSA12 | 136,89 | 711,20 |
| 3) Reconstruction mammaire unilatérale par changement de l'expandeur pour une prothèse définitive (deuxième temps) | SSA13 | 109,27 | 567,70 |
| 4) Reconstruction mammaire bilatérale par changement de l'expandeur pour une prothèses définitives | SSA14 | 187,33 | 973,30 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| (deuxième temps) | | | |
| 5) Reconstruction mammaire immédiate par mise en place de prothèse définitive unilatérale | SSA15 | 81,74 | 424,70 |
| 6) Reconstruction mammaire immédiate par mise en place de prothèses définitives bilatérales | SSA16 | 144,27 | 749,50 |
| 7) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau de grand dorsal, avec ou sans pose de prothèse mammaire | SSA17 | 274,41 | 1425,70 |
| 8) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux de grand dorsal, avec ou sans pose de prothèses mammaires | SSA18 | 411,62 | 2138,50 |
| 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 | 1671,10 |
| 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 | 2754,00 |
| 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 | 2613,80 |
| 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 | 3251,70 |
| 13) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau perforant cutané abdominal (DIEP) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale | SSA24 | 592,07 | 3076,00 |
| 14) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux perforants cutanés abdominaux (DIEP) avec transposition ombilicale et reconstruction de la paroi abdominale | SSA25 | 728,86 | 3786,70 |
| 15) Reconstruction mammaire unilatérale par lambeau de gracilis, avec ou sans pose de prothèse mammaire | SSA26 | 522,60 | 2715,10 |
| 16) Reconstruction mammaire bilatérale par lambeaux de gracilis, avec ou sans pose de prothèse mammaire | SSA27 | 626,57 | 3255,30 |
| <i>Sous-section 10 - Ablation et changement d'implant prothétique du sein</i> | | | |
| 1) Ablation unilatérale de prothèse mammaire, sans capsulectomie | STA11 | 33,63 | 174,70 |
| 2) Ablation bilatérale de prothèses mammaires, sans capsulectomie | STA12 | 67,44 | 350,40 |
| 3) Ablation unilatérale de prothèse mammaire, avec capsulectomie | STA13 | 78,34 | 407,00 |
| 4) Ablation bilatérale de prothèses mammaires, avec capsulectomie | STA14 | 120,40 | 625,50 |
| 5) Changement unilatéral de prothèse mammaire, sans capsulectomie - APCM | STA15 | 46,10 | 239,50 |
| 6) Changement bilatéral de prothèses mammaires, sans capsulectomie - APCM | STA16 | 86,30 | 448,40 |
| 7) Changement unilatéral de prothèse mammaire, avec capsulectomie - APCM | STA17 | 118,75 | 617,00 |
| 8) Changement bilatéral de prothèses mammaires, avec capsulectomie - APCM | STA18 | 203,30 | 1056,20 |
| <i>Sous-section 11 - Actes thérapeutiques sur le mamelon</i> | | | |
| 1) Désinvagination unilatérale du mamelon ombiliqué | SUA11 | 48,25 | 250,70 |
| 2) Désinvagination bilatérale des mamelons ombiliqués | SUA12 | 72,26 | 375,40 |
| 3) Reconstruction d'un mamelon par lambeau | SUA13 | 56,55 | 293,80 |
| 4) Reconstruction de deux mamelons par lambeaux | SUA14 | 103,92 | 539,90 |
| <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 | 421,20 |
| 2) Reconstruction de deux plaques aréolo-mamelonnaires par greffe de peau totale autologue | SVA12 | 147,23 | 764,90 |
| 3) Reconstruction d'une plaque aréolo-mamelonnaire par tatouage | SVA13 | 56,55 | 293,80 |
| 4) Reconstruction de deux plaques aréolo-mamelonnaires par tatouage | SVA14 | 103,92 | 539,90 |
| <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 | 346,90 |
| 2) Acte complémentaire : mise en place d'un pansement à pression négative | CZA12 | 16,68 | 86,70 |
| 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 | | | |
| <i>Sous-section 1 - Actes diagnostiques sur l'appareil circulatoire</i> | | | |
| 1) Biopsie de l'artère temporale, par abord direct | HGA11 | 36,03 | 187,20 |
| 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 | 59,90 |
| REMARQUE: | | | |
| 1) La position 2) doit être prestée dans un hôpital. | | | |

Sous-section 2 - Actes thérapeutiques sur les artères

a) Exérèses

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Traitement d'une tumeur glomique carotidienne, avec conservation ou reconstruction de l'axe carotidien, par toutes voies d'abord | HSQ11 | 288,24 | 1497,50 |
| 2) Résection d'un kyste adventiciel (poplité), par abord direct | HSA25 | 313,81 | 1630,40 |

b) Anévrissectomies

| | | | |
|--|-------|--------|---------|
| 1) Anévrissectomie ou résection artérielle, avec rétablissement de continuité des vaisseaux à destinée cérébrale, par toutes voies d'abord | HSQ12 | 288,24 | 1497,50 |
| 2) Anévrissectomie ou résection artérielle d'une artère des membres supérieurs, par toutes voies d'abord | HSQ13 | 298,12 | 1548,90 |
| 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 | 3743,90 |
| 4) Anévrissectomie ou résection artérielle de l'aorte abdominale, par toutes voies d'abord | HSQ15 | 360,31 | 1872,00 |
| 5) Anévrissectomie ou résection artérielle ou thromboendartériectomie, avec rétablissement de continuité des artères viscérales, par laparotomie | HSQ16 | 360,31 | 1872,00 |
| 6) Anévrissectomie ou résection artérielle d'une artère des membres inférieurs, par toutes voies d'abord | HSQ17 | 329,49 | 1711,80 |

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 | 2206,20 |
| 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 | 1850,40 |
| 3) Pontage du carrefour aortique incluant une ou deux artères fémorales avec interposition de prothèse(s), par toutes voies d'abord | HSQ21 | 396,34 | 2059,10 |
| 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 | 1522,50 |
| 5) Pontage d'une artère viscérale avec interposition d'une prothèse, par laparotomie | HSA27 | 293,05 | 1522,50 |
| 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 | 1847,00 |
| 7) Pontage d'un niveau artériel périphérique avec interposition d'une prothèse, par toutes voies d'abord | HSQ22 | 331,48 | 1722,20 |
| 8) Pontage axillofémoral ou bifémoral, par abord direct | HSA29 | 384,34 | 1996,80 |
| 9) Pontage distal sur une artère du pied, par abord direct | HSA31 | 362,71 | 1884,40 |
| 10) Ablation d'une prothèse infectée des artères précérébrales, par toutes voies d'abord | HSQ23 | 235,41 | 1223,00 |
| 11) Ablation d'une prothèse infectée du carrefour aortique sous-rénal, par toutes voies d'abord | HSQ24 | 362,71 | 1884,40 |
| 12) Ablation d'une prothèse infectée d'artères périphériques, par toutes voies d'abord | HSQ25 | 228,20 | 1185,60 |

d) Thrombectomies

| | | | |
|---|-------|--------|---------|
| 1) Thrombectomie du carrefour aortique et des artères viscérales, par laparotomie | HSA32 | 269,04 | 1397,80 |
| 2) Thrombectomie du carrefour aortique et des artères iliaques, par abord inguino-fémoral uni ou bi-latéral | HSA33 | 204,17 | 1060,70 |

e) Thromboendartériectomies

| | | | |
|--|-------|--------|---------|
| 1) Thromboendartériectomie d'une artère précérébrale, par toutes voies d'abord | HSQ26 | 288,24 | 1497,50 |
| 2) Thromboendartériectomie d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par toutes voies d'abord | HSQ27 | 374,72 | 1946,80 |
| 3) Thromboendartériectomie d'une artère des membres, par toutes voies d'abord | HSQ28 | 313,81 | 1630,40 |

Sous-section 3 - Actes thérapeutiques sur les veines

a) Chirurgie des varices

| | | | |
|--|-------|-------|--------|
| 1) Injections sclérosantes, pour varices sous-cutanées avec pansement compressif, par séance | HTF11 | 16,80 | 87,30 |
| 2) Injections sclérosantes des troncs saphéniens et/ou des grosses collatérales avec pansement compressif, contrôle échographique éventuel compris, par séance | HTF12 | 8,64 | 44,90 |
| 3) Néocrossectomie de la saphène et phlébectomies homolatérales, par abord direct | HTA11 | 76,87 | 399,40 |
| 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 | 474,20 |
| 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 | 399,40 |
| 6) Extirpation complète des varices de la jambe et du pied, par abord direct | HTA14 | 70,60 | 366,80 |

b) Pontages

| | | | |
|---|-------|--------|---------|
| 1) Pontage de la veine cave avec tout type de matériel, par laparotomie | HTA15 | 355,51 | 1847,00 |
| 2) Pontage de la veine cave inférieure au cours d'une exérèse de tumeur, par toutes voies d'abord | HTA16 | 355,51 | 1847,00 |
| 3) Pontage d'une veine iliaque avec tout type de matériel, par abord direct | HTA17 | 293,05 | 1522,50 |
| 4) Pontage d'une veine périphérique avec tout type de matériel, par abord direct | HTA18 | 293,05 | 1522,50 |

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
 2) Suture ou ligature des vaisseaux principaux des membres, par toutes voies d'abord, acte isolé

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| | HUQ11 | 36,03 | 187,20 |
| | HUQ12 | 17,88 | 92,90 |
| 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 | 1630,40 |
| 2) Pontage d'un vaisseau à destinée cérébrale avec interposition de prothèse(s), par voie cervicale ou thoracique | HUA12 | 293,05 | 1522,50 |
| 3) Pontage séquentiel sur des vaisseaux de la jambe, par abord direct | HUA13 | 362,71 | 1884,40 |
| c) Thrombectomies ou embolectomies | | | |
| 1) Thrombectomie d'un vaisseau périphérique, par abord direct | HUA14 | 180,17 | 936,10 |
| 2) Embolectomie d'un vaisseau des membres, par abord direct | HUA15 | 72,09 | 374,50 |
| d) Autres actes sur les vaisseaux | | | |
| 1) Traitement d'une artère ou d'une veine poplitée piégée, par abord direct | HUA16 | 313,81 | 1630,40 |
| 2) Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT | HUB11 | 70,58 | 366,70 |
| 3) Mise en place d'un accès vasculaire d'hémodialyse externe (cathéter ou système extra-anatomique), par ponction percutanée | HUA17 | 72,09 | 374,50 |
| 4) Superficialisation d'un segment veineux d'une fistule artério-veineuse, par abord direct | HUQ13 | 194,57 | 1010,90 |
| 5) Création, ablation ou reprise chirurgicale d'une fistule artério-veineuse pour accès vasculaire, par abord direct | HUQ14 | 194,57 | 1010,90 |

Chapitre 3 - Oto-Rhino-Laryngologie

Section 1 - Oreilles

Sous-section 1 - Examens

- 1) Audiométrie vocale en chambre insonorisée
 2) Location d'appareil
 3) Audiométrie tonale en chambre insonorisée complétée par audiométrie vocale et/ou par recherche du recrutement, documentation par graphique
 4) Location d'appareil
 5) Audiométrie comportementale de l'enfant de moins de 6 ans
 6) Location d'appareil
 7) Electrocochléographie
 8) (en suspens)
 9) (en suspens)
 10) Electronystagmographie et tests d'oculomotricité avec épreuve rotatoire en fauteuil pendulaire
 11) Balayage audiométrique - CAC
 12) Location d'appareil
 13) Audiométrie tonale en chambre insonorisée, détermination des seuils de conduction aérienne et osseuse pour les fréquences 250 à 8000 Hz, documentation par graphique
 14) Location d'appareil
 15) Impédancemétrie (tymanométrie, réflexe stapédien) - CAC (non cumulable à la position 3R02)
 16) Location d'appareil
 17) Otoscopie au microscope - CAC
 18) Examen labyrinthique avec épreuve de stimulation - CAC
 19) Electronystagmographie avec épreuve de stimulation
 20) Location d'appareil
 21) Potentiels évoqués auditifs, en chambre insonorisée, avec recherche du seuil de détection de l'onde V et étude des latences
 22) Location d'appareil

| | | | |
|--|-------|-------|--------|
| | 3R01 | 10,05 | 52,20 |
| | 3R01X | 2,04 | 10,60 |
| | 3R02 | 15,00 | 77,90 |
| | 3R02X | 2,04 | 10,60 |
| | 3R03 | 12,00 | 62,30 |
| | 3R03X | 2,04 | 10,60 |
| | 3R06 | 27,75 | 144,20 |
| | 3R08 | 40,00 | 207,80 |
| | 3R11 | 4,00 | 20,80 |
| | 3R11X | 2,04 | 10,60 |
| | 3R12 | 10,05 | 52,20 |
| | 3R12X | 2,04 | 10,60 |
| | 3R13 | 4,00 | 20,80 |
| | 3R13X | 2,04 | 10,60 |
| | 3R14 | 3,90 | 20,30 |
| | 3R15 | 5,00 | 26,00 |
| | 3R16 | 22,40 | 116,40 |
| | 3R16X | 5,41 | 28,10 |
| | 3R17 | 33,65 | 174,80 |
| | 3R17X | 13,08 | 68,00 |

REMARQUE:

Ne sont pas cumulables entre eux:

* les examens d'audiométrie (3R01, 3R02, 3R03, 3R11, 3R12)

* les examens labyrinthiques (3R08, 3R15, 3R16)

Sous-section 2 - Petites interventions

- 1) Cathétérisme ou bougirage de la trompe d'Eustache - CAC
 2) Extraction documentée d'un corps étranger enclavé du conduit auditif externe à l'exclusion d'un bouchon de cérumen - CAC
 3) Paracentèse du tympan ou injection transtympanique

| | | | |
|--|------|------|-------|
| | 3R21 | 4,65 | 24,20 |
| | 3R22 | 5,00 | 26,00 |
| | 3R23 | 7,75 | 40,30 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 4) Drainage transtympanique | 3R24 | 20,70 | 107,50 |
| 5) Extraction d'un polype de l'oreille moyenne | 3R25 | 7,55 | 39,20 |
| 6) Traitement pré-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance (maximum 4 séances) | 3R26 | 12,00 | 62,30 |
| 7) Traitement post-opératoire de l'otite chronique sous microscope, par séance, (maximum 5 séances) | 3R29 | 12,00 | 62,30 |
| <i>Sous-section 3 - Chirurgie de l'oreille</i> | | | |
| 1) Ablation d'un ostéome pédiculé du conduit auditif | 3R41 | 10,70 | 55,60 |
| 2) Ablation d'un ostéome non pédiculé du conduit auditif | 3R42 | 21,80 | 113,30 |
| 3) Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe par résection cunéiforme | 3R43 | 10,70 | 55,60 |
| 4) Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe | 3R44 | 32,60 | 169,40 |
| 5) Plastie du tympan avec réparation de la continuité de la chaîne ossiculaire, quelque soit le temps osseux | 3R50 | 156,25 | 811,80 |
| 6) Plastie de la membrane tympanique (myringoplastie) | 3R51 | 104,10 | 540,80 |
| 7) Trépanation du labyrinthe | 3R52 | 91,10 | 473,30 |
| 8) Intervention pour ankylose de l'étrier | 3R53 | 156,25 | 811,80 |
| 9) Mastoïdectomie simple | 3R61 | 65,00 | 337,70 |
| 10) Evidement pétro-mastoidien | 3R64 | 91,10 | 473,30 |
| 11) Opération de libération ou de réparation du nerf facial intrapétreux | 3R67 | 156,25 | 811,80 |
| 12) Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne, mastoïdectomie comprise | 3R68 | 200,00 | 1039,10 |
| Section 2 - Nez et Sinus | | | |
| <i>Sous-section 1 - Examens</i> | | | |
| 1) Rhinomanométrie, mesure des débits et des pressions | 3N10 | 12,30 | 63,90 |
| 2) Location d'appareil | 3N10X | 1,96 | 10,20 |
| 3) Rhinomanométrie avant et après épreuve pharmaco-dynamique (non cumulable à la position 3N10) | 3N11 | 18,45 | 95,90 |
| 4) Location d'appareil | 3N11X | 1,96 | 10,20 |
| 5) Sinuscopie avec optique, exploration (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale) | 3N12 | 29,25 | 152,00 |
| 6) Rhinoscopie antérieure avec optique, exploration complète des fosses nasales et des méats (non cumulable avec un acte de chirurgie endonasale, ni avec la sinuscopie), avec ou sans biopsie - CAC | 3N13 | 5,00 | 26,00 |
| 7) Sinuscopie avec optique et biopsie (non cumulable avec un acte de chirurgie intrasinusale) | 3N14 | 39,00 | 202,60 |
| <i>Sous-section 2 - Petites interventions</i> | | | |
| 1) Hémostase nasale par tamponnement antérieur et postérieur | 3N20 | 60,00 | 311,70 |
| 2) Réduction simple d'une fracture du nez, contention comprise | 3N21 | 13,05 | 67,80 |
| 3) Hémostase nasale par tamponnement antérieur - CAC | 3N22 | 3,80 | 19,70 |
| 4) Incision d'un hématome ou d'un abcès intra-nasal - CAC | 3N23 | 4,25 | 22,10 |
| 5) Traitement de lésions de la muqueuse nasale par électrocoagulation, cautérisation, infiltration, injection sclérosante (anesthésie locale comprise) - CAC | 3N25 | 5,30 | 27,50 |
| 6) Ablation de polypes nasaux, la première séance | 3N26 | 12,55 | 65,20 |
| 7) Ablation de polypes nasaux, séance suivante pour une période de six mois | 3N27 | 7,55 | 39,20 |
| 8) Panendoscopie naso-sinusienne de nettoyage après chirurgie de la rhino-sinusite polypeuse, un côté | 3N28 | 60,00 | 311,70 |
| 9) Extraction de corps étrangers enclavés du nez, anesthésie locale comprise - CAC | 3N30 | 5,00 | 26,00 |
| 10) Ponction isolée du sinus maxillaire, anesthésie locale comprise | 3N31 | 8,80 | 45,70 |
| 11) Lavage et/ou aspiration et/ou instillation au niveau d'un sinus par un orifice naturel ou artificiel | 3N32 | 6,15 | 32,00 |
| 12) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, première séance | 3N35 | 12,55 | 65,20 |
| 13) Sidération du ganglion sphéno-palatin ou des branches du trijumeau à la sortie du crâne, séance suivante | 3N36 | 7,55 | 39,20 |
| <i>Sous-section 3 - Chirurgie du nez</i> | | | |
| 1) Réduction sanglante d'une fracture du nez ou de sinus, contention comprise | 3N41 | 35,15 | 182,60 |
| 2) Traitement chirurgical du rhinophyma, une ou plusieurs séances | 3N42 | 16,75 | 87,00 |
| 3) Extraction de corps étrangers par rhinotomie externe | 3N43 | 35,15 | 182,60 |
| 4) Résection d'un éperon ou d'une crête de cloison | 3N44 | 11,00 | 57,10 |
| 5) Septoplastie correctrice, un ou plusieurs temps | 3N47 | 65,00 | 337,70 |
| 6) Résection sous-muqueuse d'une déviation de la cloison nasale | 3N51 | 31,25 | 162,40 |
| 7) Chirurgie de la rhinite atrophique | 3N52 | 78,10 | 405,80 |
| 8) Traitement d'une synéchie nasale ostéo-cartilagineuse, une ou plusieurs séances | 3N53 | 15,05 | 78,20 |
| 9) Résection endonasale d'une oblitération choanale osseuse | 3N54 | 65,00 | 337,70 |
| 10) Résection partielle ou totale d'un cornet (conchotomie, turbinectomie) | 3N55 | 15,00 | 77,90 |
| <i>Sous-section 4 - Chirurgie des sinus</i> | | | |
| 1) Traitement d'une sinusite frontale par forage de Beck | 3N61 | 30,55 | 158,70 |
| 2) Traitement chirurgical d'une sinusite ethmoïdale et/ou frontale par voie externe ou endonasale, un côté | 3N62 | 80,00 | 415,60 |
| 3) Traitement chirurgical d'une sinusite maxillaire par la fosse canine ou par voie endonasale avec méatotomie moyenne, un côté | 3N65 | 80,00 | 415,60 |
| 4) Méatotomie inférieure, un côté | 3N66 | 44,25 | 229,90 |
| 5) Traitement chirurgical d'une sinusite sphénoïdale, un côté | 3N71 | 60,00 | 311,70 |
| 6) Traitement chirurgical d'une pansinusite unilatérale | 3N72 | 120,00 | 623,40 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 7) Traitement chirurgical d'un ostéome ou d'un mucocèle ethmoidal et/ou frontal | 3N75 | 100,00 | 519,50 |
| Section 3 - Pharynx, Larynx, Trachée | | | |
| <i>Sous-section 1 - Examens</i> | | | |
| 1) Pharyngo-laryngoscopie indirecte avec optique | 3L11 | 9,90 | 51,40 |
| 2) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie | 3L12 | 15,00 | 77,90 |
| 3) Location d'appareil | 3L12X | 11,59 | 60,20 |
| 4) Naso-pharyngo-laryngo-fibroscopie avec biopsie | 3L13 | 20,00 | 103,90 |
| 5) Location d'appareil | 3L13X | 11,59 | 60,20 |
| 6) (en suspens) | | | |
| 7) (en suspens) | | | |
| 8) Panendoscopie comprenant une endoscopie des fosses nasales, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches et de l'oesophage à la recherche de lésions cancéreuses, (sous anesthésie générale) biopsies comprises | 3L18 | 75,00 | 389,70 |
| <i>Sous-section 2 - Petites interventions</i> | | | |
| 1) Intubation trachéale | 3L21 | 6,30 | 32,70 |
| 2) Tubage du larynx | 3L22 | 6,30 | 32,70 |
| 3) Biopsie sous laryngoscopie indirecte, anesthésie locale comprise | 3L23 | 28,60 | 148,60 |
| 4) Dilatation laryngée, première séance, anesthésie locale comprise | 3L24 | 5,15 | 26,80 |
| 5) Dilatation laryngée, séance suivante, anesthésie locale comprise | 3L25 | 3,50 | 18,20 |
| 6) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise | 3L31 | 8,50 | 44,20 |
| 7) Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger enclavé du pharynx ou du larynx, sans endoscopie, anesthésie locale comprise | 3L32 | 25,15 | 130,70 |
| 8) Cautérisation chimique du larynx - CAC | 3L33 | 4,00 | 20,80 |
| 9) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, première séance | 3L34 | 9,05 | 47,00 |
| 10) Electrocoagulation endolaryngée , anesthésie locale comprise, séance suivante | 3L35 | 6,15 | 32,00 |
| <i>Sous-section 3 - Chirurgie</i> | | | |
| 1) Adénotomie, non cumulable avec l'amygdalectomie (3 L 42/43) | 3L41 | 20,00 | 103,90 |
| 2) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez l'enfant de moins de 12 ans | 3L42 | 41,70 | 216,60 |
| 3) Amygdalectomie, uni- ou bilatérale, chez personne de plus de 12 ans | 3L43 | 46,85 | 243,40 |
| 4) Extirpation d'un fibrome naso-pharyngien, un ou plusieurs temps | 3L44 | 150,00 | 779,30 |
| 5) Extirpation de tumeurs malignes de l'épipharynx | 3L45 | 150,00 | 779,30 |
| 6) Incision d'un abcès rétro- ou latéropharyngien | 3L51 | 35,15 | 182,60 |
| 7) Incision d'un abcès endo- ou périlaryngé | 3L52 | 17,45 | 90,70 |
| 8) Microlaryngoscopie, laryngoscopie directe, sous anesthésie générale, avec ou sans biopsie | 3L54 | 30,00 | 155,90 |
| 9) Microlaryngoscopie avec résection de nodules, kystes ou polypes | 3L56 | 50,00 | 259,80 |
| 10) Microlaryngoscopie avec épiluchage complet d'une corde vocale | 3L57 | 60,00 | 311,70 |
| 11) Microchirurgie endoscopique avec aryténoïdectomie. aryténoïdopexie ou résection de cordes vocales | 3L58 | 90,00 | 467,60 |
| 12) Laryngotomie, thyrotomie et traitement de lésions du larynx, y compris la cordectomie | 3L61 | 80,00 | 415,60 |
| 13) Trachéotomie ou trachéostomie | 3L63 | 35,15 | 182,60 |
| 14) Pharyngotomie ou oesophagotomie | 3L64 | 52,05 | 270,40 |
| 15) Traitement de la sténose laryngée | 3L66 | 140,65 | 730,70 |
| 16) Laryngectomie partielle pour lésion bénigne | 3L71 | 88,45 | 459,50 |
| 17) Laryngectomie partielle pour tumeur maligne | 3L72 | 88,45 | 459,50 |
| 18) Laryngectomie totale ou sus-glottique pour tumeur maligne | 3L73 | 140,65 | 730,70 |
| 19) Laryngectomie reconstructive pour tumeur maligne | 3L74 | 213,45 | 1109,00 |
| 20) Pharyngectomie pour tumeur maligne | 3L75 | 140,65 | 730,70 |
| 21) Pharyngo-laryngectomie pour tumeur maligne | 3L76 | 210,30 | 1092,60 |
| 22) Résection segmentaire de la trachée | 3L77 | 240,00 | 1246,90 |
| 23) Traitement de diverticules de l'oesophage cervical par pexie | 3L81 | 85,90 | 446,30 |
| 24) Résection de diverticules de l'oesophage cervical | 3L82 | 104,10 | 540,80 |
| 25) Exérèse de tumeurs de l'espace parapharyngé | 3L91 | 200,00 | 1039,10 |
| 26) Traitement chirurgical des troubles respiratoires du sommeil dans le cadre du syndrome des apnées du sommeil - APCM | 3L95 | 150,00 | 779,30 |
| Chapitre 4 - Ophtalmologie | | | |
| Section 1 - Examens Ophtalmiques | | | |
| 1) Tonométrie - CAC | 4E11 | 2,00 | 10,40 |
| 2) Examen du fond d'oeil - CAC | 4E12 | 4,00 | 20,80 |
| 3) Examen de la vision binoculaire | 4E13 | 8,50 | 44,20 |
| 4) Détermination instrumentale et tracé du champ visuel, (périmétrie et/ou campimétrie) | 4E14 | 8,50 | 44,20 |
| 5) Courbe d'adaptation à l'obscurité (adaptométrie) | 4E15 | 8,10 | 42,10 |
| 6) Repérage et marquage ophtalmoscopique de déchirures rétinienne ou de corps étrangers intraoculaires | 4E16 | 8,80 | 45,70 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 7) Mesure de la résistance de la barrière hématoaqueuse par tests de contraste | 4E17 | 11,25 | 58,40 |
| 8) Angiographie fluorescéinique | 4E18 | 15,00 | 77,90 |
| 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 | 22,10 |
| 2) Incision d'abcès ou de kystes des annexes de l'oeil, d'un orgelet - CAC | 4A12 | 4,25 | 22,10 |
| 3) Excision d'un chalazion, d'un kyste, de xanthélasmas | 4A13 | 13,90 | 72,20 |
| 4) Ablation d'une petite tumeur palpébrale (sans autoplastie) | 4A14 | 8,80 | 45,70 |
| 5) Suture de plaies compliquées des paupières avec section du tarse et/ou des voies lacrymales | 4A15 | 44,25 | 229,90 |
| 6) Canthotomie | 4A16 | 19,60 | 101,80 |
| 7) Blépharorrhaphie, tarsorrhaphie, canthoplastie | 4A17 | 35,15 | 182,60 |
| 8) Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion | 4A21 | 50,20 | 260,80 |
| 9) Trichiasis, opération sans greffe | 4A22 | 21,80 | 113,30 |
| 10) Trichiasis, opération avec greffe libre | 4A23 | 42,75 | 222,10 |
| 11) Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, avec autoplastie palpébrale | 4A27 | 85,40 | 443,70 |
| 12) Sondage des voies lacrymales avec injection ou lavage - CAC | 4A31 | 2,00 | 10,40 |
| 13) Opération de l'imperforation des voies lacrymales chez le nourrisson | 4A32 | 12,55 | 65,20 |
| 14) Stricturotomie du sac lacrymal | 4A33 | 6,55 | 34,00 |
| 15) Dacryocystectomie | 4A34 | 44,25 | 229,90 |
| 16) Dacryocystorhinostomie | 4A35 | 72,95 | 379,00 |
| 17) Ablation de la partie palpébrale de la glande lacrymale | 4A36 | 21,80 | 113,30 |
| 18) Extirpation de la glande lacrymale | 4A37 | 52,75 | 274,10 |
| 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 | 22,10 |
| 2) Traitement de granulations trachomateuses | 4G22 | 17,65 | 91,70 |
| 3) Ablation de corps étrangers multiples de la conjonctive ou de la cornée | 4G23 | 4,80 | 24,90 |
| 4) Excision d'un corps étranger sous-conjonctival, cornéen ou sclérotique devant le biomicroscope, y compris l'application de l'électroaimant | 4G24 | 6,80 | 35,30 |
| 5) Suture de plaie simple de la conjonctive | 4G25 | 4,25 | 22,10 |
| 6) Recouvrement conjonctival | 4G26 | 25,15 | 130,70 |
| 7) Autoplastie conjonctivale, sans greffe libre | 4G31 | 26,15 | 135,90 |
| 8) Autoplastie conjonctivale, avec greffe libre | 4G32 | 70,35 | 365,50 |
| 9) Ablation de brides conjonctivales ou de petites néoformations; péritomie | 4G33 | 12,55 | 65,20 |
| 10) Excision de néoformations étendues avec autoplastie | 4G34 | 40,30 | 209,40 |
| 11) Excision de néoformations étendues avec greffe libre | 4G35 | 91,10 | 473,30 |
| 12) Suture d'une plaie cornéenne ou sclérale, avec ou sans iridectomie ou recouvrement conjonctival | 4G36 | 65,00 | 337,70 |
| 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 | 379,00 |
| 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 | 473,30 |
| 15) Greffe de la cornée ou de la sclérotique | 4G41 | 78,10 | 405,80 |
| 16) Tatouage de la cornée | 4G42 | 21,80 | 113,30 |
| 17) Excision simple d'un ptérygion | 4G43 | 22,70 | 117,90 |
| 18) Excision d'un symblépharon | 4G44 | 40,35 | 209,60 |
| 19) Excision d'un ptérygion avec autoplastie | 4G45 | 44,25 | 229,90 |
| 20) Excision d'un ptérygion ou d'un symblépharon avec greffe cornéenne | 4G46 | 83,35 | 433,00 |
| 21) Paracentèse de la cornée, kératotomie | 4G47 | 18,35 | 95,30 |
| 22) Photocoagulation des lésions de l'oeil, première séance pour une période de 3 mois | 4G48 | 21,90 | 113,80 |
| 23) Photocoagulation des lésions de l'oeil, séances suivantes (au maximum trois) pour une période de trois mois | 4G49 | 11,05 | 57,40 |
| Section 4 - Iris, corps ciliaires, cristallin, sclérotique | | | |
| 1) Extraction de corps étrangers intraoculaires | 4G51 | 67,95 | 353,00 |
| 2) Iridotomie, iridectomie, iridopexie, enclavement | 4G52 | 65,35 | 339,50 |
| 3) Capsulectomie pour cataracte | 4G53 | 67,95 | 353,00 |
| 4) Cyclodialyse, trabéculotomie, trabéculotomie, trépanation sclérale, iridencleisis | 4G54 | 70,35 | 365,50 |
| 5) Amputation du segment antérieur | 4G55 | 65,35 | 339,50 |
| 6) Discision pour cataracte | 4G61 | 36,40 | 189,10 |
| 7) Extraction du cristallin | 4G62 | 82,05 | 426,30 |
| 8) Extraction du cristallin et pose d'un cristallin artificiel | 4G63 | 130,00 | 675,40 |
| 9) Implantation, explantation ou reposition d'un cristallin artificiel, acte isolé | 4G64 | 41,05 | 213,30 |
| 10) Sclérotomie, ponction de la sclérotique | 4G65 | 15,05 | 78,20 |
| 11) Sclérectomie avec ou sans iridectomie | 4G66 | 83,35 | 433,00 |
| 12) Injection intravitréenne transsclérale, réalisée exclusivement en milieu hospitalier | 4G67 | 83,35 | 433,00 |
| Section 5 - Globe oculaire, segment postérieur | | | |
| 1) Injection rétro-bulbaire ou para-bulbaire, aussi pour anesthésie loco-régionale (bloc supplémentaire du VII | 4G69 | 5,77 | 30,00 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| compris) - CAT | | | |
| 2) Traitement du décollement et/ou de lésions de la rétine par diathermie et cryopexie | 4G71 | 91,10 | 473,30 |
| 3) Traitement du décollement de la rétine par indentation limitée à un quadrant | 4G72 | 100,25 | 520,80 |
| 4) Traitement du décollement de la rétine par indentation atteignant plusieurs quadrants | 4G73 | 118,50 | 615,70 |
| 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 | 228,10 |
| 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 | 113,80 |
| 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'orbite | 4G81 | 40,35 | 209,60 |
| 2) Avancement, ectomie, récession d'un muscle de l'orbite | 4G82 | 65,00 | 337,70 |
| 3) Ténotomie et avancement combinés des muscles de l'orbite | 4G83 | 72,95 | 379,00 |
| 4) Moulage du globe ou de la cavité orbitaire, matériel non compris | 4G91 | 8,80 | 45,70 |
| 5) Enucléation, éviscération du globe oculaire | 4G92 | 54,75 | 284,40 |
| 6) Enucléation ou éviscération, moignon artificiel | 4G93 | 67,65 | 351,50 |
| 7) Exentération de l'orbite | 4G94 | 83,35 | 433,00 |
| 8) Opération pour phlegmon de l'orbite | 4G95 | 17,45 | 90,70 |
| 9) Excision d'un kyste dermoïde profond intraorbitaire | 4G96 | 42,75 | 222,10 |
| 10) Orbitotomie avec extractions de corps étrangers ou révision et réduction d'une fracture de l'orbite osseuse | 4G97 | 83,35 | 433,00 |
| 11) Ablation d'une tumeur intraorbitaire, opérations d'accès comprises | 4G98 | 104,10 | 540,80 |
| 12) Greffe tissulaire intraorbitaire | 4G99 | 26,00 | 135,10 |
| 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 | 67,80 |
| 2) Location d'appareil | MAQ11X | 1,78 | 9,20 |
| 3) Bilan urodynamique y compris la débit-, la cystomano- et la sphinctérométrie | MAQ12 | 41,74 | 216,90 |
| 4) Bilan urodynamique avec électromyographie périnéale | MAQ13 | 62,02 | 322,20 |
| 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 | 50,90 |
| 2) Urographie intra-veineuse avec tomodensitométrie simultanée | MCH12 | 13,76 | 71,50 |
| 3) Urétéro-pyélographie rétrograde (UPR) | MCH13 | 30,03 | 156,00 |
| 4) Urétéro-pyélographie rétrograde uni-ou bilatérale ; cathétérisme non compris | MCH14 | 12,17 | 63,20 |
| 5) Uréthro-cystographie rétrograde avec injection du produit de contraste | MCH15 | 14,04 | 72,90 |
| 6) Cystographie rétrograde ou par cystostomie | MCQ11 | 4,81 | 25,00 |
| 7) Uréthrographie rétrograde avec injection de produit de contraste | MCH16 | 16,46 | 85,50 |
| 8) Vésiculo- et/ou déférentographie | MCH17 | 7,41 | 38,50 |
| Section 3 - Endoscopie de l'appareil urinaire | | | |
| 1) Urétéronéphroscopie diagnostique unilatérale | MDE11 | 76,39 | 396,90 |
| 2) Urétrocystoscopie | MDE12 | 20,31 | 105,50 |
| 3) Urétrocystoscopie en lumière fluorescente | MDE13 | 23,10 | 120,00 |
| 4) Endoscopie d'une dérivation urinaire | MDE14 | 27,74 | 144,10 |
| 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. | | | |
| Section 4 - Ponctions, biopsies et prélèvements de l'appareil urinaire | | | |
| 1) Une ou plusieurs biopsie(s) testiculaire(s) par abord direct | MGA11 | 44,56 | 231,50 |
| 2) Frottis urétral - CAC | MGD11 | 9,11 | 47,30 |
| 3) Une ou plusieurs biopsies du rein avec contrôle échographique, par toute voie d'abord | MGQ11 | 37,15 | 193,00 |

- 4) Une ou plusieurs biopsies de la vessie, par toute voie d'abord
- 5) Biopsie de l'urètre par toute voie d'abord
- 6) Biopsie prostatique, sous contrôle échographique, par voie transrectale ou transpérinéale
- 7) Biopsie prostatique avec fusion digitale d'images IRM-échographie, par voie transrectale ou transpérinéale
- 8) Examen clinique prostatique urologique avec prélèvement bactériologique - CAC
- 9) Prélèvement de sperme dans les testicules ou l'épididyme, par aspiration ou extraction
- 10) Exploration testiculaire, abord ouvert

| <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|-------------|---------------|--------------|
| MGQ12 | 32,44 | 168,50 |
| MGQ13 | 30,12 | 156,50 |
| MGQ14 | 32,44 | 168,50 |
| MGQ15 | 117,03 | 608,00 |
| MGQ16 | 3,77 | 19,60 |
| MGB11 | 44,56 | 231,50 |
| MHA11 | 44,56 | 231,50 |

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
- 2) Incision et drainage du phlegmon périnéphrétique, par abord direct
- 3) Sclérothérapie percutanée d'un ou de plusieurs kyste(s) rénal(aux), avec ou sans contrôle par imagerie
- 4) Exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) du rein, par lombotomie
- 5) Exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) du rein, par coelioscopie
- 6) Exérèse d'un ou plusieurs kyste(s) du rein, par coelioscopie avec assistance robotique
- 7) Cryothérapie d'une tumeur rénale, par toute voie d'abord
- 8) Section de l'isthme d'un rein en fer-à-cheval, par toute voie d'abord
- 9) Pyéloplastie, par lombotomie
- 10) Pyéloplastie, par coelioscopie
- 11) Pyéloplastie, par coelioscopie avec assistance robotique
- 12) Néphrolithotomie percutanée, avec contrôle par imagerie, séance initiale
- 13) Néphrolithotomie percutanée, avec contrôle par imagerie, au cours d'une séance ultérieure
- 14) Pyélolithotomie, par laparotomie
- 15) Pyélolithotomie, par coelioscopie
- 16) Néphrostomie percutanée unilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique
- 17) Néphrostomie percutanée bilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique
- 18) Changement de sonde de néphrostomie unilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique
- 19) Changement de sondes de néphrostomie bilatérale sous guidage fluoroscopique et contrôle échographique
- 20) Néphrectomie simple unilatérale, par laparotomie
- 21) Néphrectomie simple unilatérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie
- 22) Néphrectomie simple unilatérale, par coelioscopie avec assistance robotique
- 23) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, par voie ouverte
- 24) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, par coelioscopie
- 25) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, par coelioscopie avec assistance robotique
- 26) Néphrectomie élargie unilatérale, avec ou sans lymphadénectomie, avec cavotomie et thrombectomie, par lombotomie
- 27) Néphrectomie partielle unilatérale, par laparotomie
- 28) Néphrectomie partielle unilatérale, par coelioscopie ou par rétropéritonéoscopie
- 29) Néphrectomie partielle unilatérale, par coelioscopie avec assistance robotique
- 30) Prélèvement d'un greffon de rein sur un donneur vivant, par toute voie d'abord
- 31) Prélèvement d'un greffon de rein sur un donneur décédé, par toute voie d'abord
- 32) Prélèvement bilatéral de greffons de rein sur un donneur décédé, par toute voie d'abord
- 33) Greffe de rein par toute voie d'abord

| | | |
|-------|--------|---------|
| MLQ11 | 135,20 | 702,40 |
| MLA11 | 70,03 | 363,80 |
| MLA12 | 71,37 | 370,80 |
| MLA13 | 98,85 | 513,60 |
| MLC13 | 117,03 | 608,00 |
| MLR13 | 117,03 | 608,00 |
| MLQ12 | 117,03 | 608,00 |
| MLQ13 | 211,55 | 1099,10 |
| MLA14 | 184,72 | 959,70 |
| MLC14 | 256,80 | 1334,20 |
| MLR14 | 256,80 | 1334,20 |
| MLA15 | 232,92 | 1210,10 |
| MLA16 | 186,83 | 970,70 |
| MLA17 | 205,41 | 1067,20 |
| MLC17 | 278,32 | 1446,00 |
| MLA18 | 51,17 | 265,80 |
| MLA19 | 105,96 | 550,50 |
| MLD11 | 18,46 | 95,90 |
| MLD12 | 27,74 | 144,10 |
| MLA21 | 186,83 | 970,70 |
| MLC21 | 211,55 | 1099,10 |
| MLR21 | 211,55 | 1099,10 |
| MLA22 | 353,50 | 1836,60 |
| MLC22 | 389,90 | 2025,70 |
| MLR22 | 389,90 | 2025,70 |
| MLA23 | 538,63 | 2798,40 |
| MLA24 | 413,00 | 2145,70 |
| MLC24 | 489,20 | 2541,60 |
| MLR24 | 489,20 | 2541,60 |
| MLQ14 | 232,92 | 1210,10 |
| MLQ15 | 117,03 | 608,00 |
| MLQ16 | 184,72 | 959,70 |
| MLQ17 | 317,09 | 1647,40 |

Section 6 - Actes thérapeutiques sur les voies urinaires supérieures

- 1) Exérèse d'une ou plusieurs lésions de l'uretère par toute voie d'abord
- 2) Urétérolyse, dans le cadre d'une fibrose rétropéritonéale, par toute voie d'abord
- 3) Dilatation urétérale, avec contrôle par fluoroscopie
- 4) Urétéroplastie, ou cure de fistule urétérale, ou cure de sténose urétérale, par toute voie d'abord
- 5) Incision d'urétérocèle, par voie transurétrale
- 6) Urétérotomie, par toute voie d'abord
- 7) Urétérostomie cutanée, unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
- 8) Urétérostomie cutanée, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie
- 9) Urétérostomie cutanée, unilatérale ou bilatérale, par coelioscopie avec assistance robotique
- 10) Changement de sonde d'urétérostomie unilatérale, avec contrôle par imagerie médicale
- 11) Changement de sonde d'urétérostomie bilatérale, avec contrôle par imagerie médicale
- 12) Trans-urétérostomie par voie ouverte
- 13) Révision urétérale unilatérale sur dérivation urinaire, par toute voie d'abord
- 14) Révision urétérale bilatérale sur dérivation urinaire, par toute voie d'abord
- 15) Pose de prothèse urétérale extra-anatomique, uni- ou bilatérale, par toute voie d'abord
- 16) Pose ou changement de sonde urétérale (type sonde JJ) unilatérale, avec contrôle par imagerie médicale
- 17) Pose ou changement de sonde urétérale (type sonde JJ) bilatérale, avec contrôle par imagerie médicale
- 18) Ablation de sonde urétérale (type sonde JJ) unilatérale, avec ou sans contrôle par imagerie médicale

| | | |
|-------|--------|---------|
| MMQ11 | 210,36 | 1092,90 |
| MMQ12 | 450,60 | 2341,00 |
| MMD11 | 36,15 | 187,80 |
| MMQ13 | 232,92 | 1210,10 |
| MME11 | 47,38 | 246,20 |
| MMQ14 | 98,85 | 513,60 |
| MMA11 | 133,19 | 692,00 |
| MMC11 | 155,95 | 810,20 |
| MMR11 | 155,95 | 810,20 |
| MMD12 | 13,75 | 71,40 |
| MMD13 | 23,03 | 119,70 |
| MMA12 | 389,90 | 2025,70 |
| MMQ15 | 366,31 | 1903,10 |
| MMQ16 | 405,35 | 2106,00 |
| MMQ17 | 163,30 | 848,40 |
| MMD18 | 36,06 | 187,30 |
| MMD19 | 63,34 | 329,10 |
| MMD21 | 32,81 | 170,50 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 19) Ablation de sonde urétérale (type sonde JJ) bilatérale, avec ou sans contrôle par d'imagerie médicale | MMD22 | 39,86 | 207,10 |
| 20) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale selon Boari, par laparotomie | MMA13 | 275,97 | 1433,80 |
| 21) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale selon Boari, par coelioscopie | MMC14 | 309,05 | 1605,60 |
| 22) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale selon Boari, par coelioscopie avec assistance robotique | MMR15 | 309,05 | 1605,60 |
| 23) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale par "psoas hitch", par laparotomie | MMA16 | 232,92 | 1210,10 |
| 24) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale par "psoas hitch", par coelioscopie | MMC16 | 262,20 | 1362,20 |
| 25) Réimplantation urétéro-vésicale unilatérale par "psoas hitch", par coelioscopie avec assistance robotique | MMR16 | 262,20 | 1362,20 |
| 26) Réimplantation urétérale unilatérale sur vessie orthotopique, par laparotomie | MMA17 | 186,83 | 970,70 |
| 27) Réimplantation urétérale unilatérale sur vessie orthotopique, par coelioscopie | MMC17 | 211,55 | 1099,10 |
| 28) Réimplantation urétérale unilatérale sur vessie orthotopique, par coelioscopie avec assistance robotique | MMR17 | 211,55 | 1099,10 |
| 29) Urétérectomie, par laparotomie | MMA18 | 205,41 | 1067,20 |
| 30) Urétérectomie, par coelioscopie | MMC18 | 232,92 | 1210,10 |
| 31) Urétérectomie, par coelioscopie avec assistance robotique | MMR18 | 232,92 | 1210,10 |
| 32) Remplacement de l'uretère par une anse digestive, par toute voie d'abord | MMQ18 | 389,90 | 2025,70 |
| Section 7 - Actes thérapeutiques sur la vessie | | | |
| 1) Cathétérisme de la vessie | MND11 | 3,58 | 18,60 |
| 2) Pose ou changement de sonde vésicale à demeure, lavage éventuel compris, par voie basse | MND12 | 6,15 | 32,00 |
| 3) Suture de la vessie, par toute voie d'abord | MNQ11 | 99,94 | 519,20 |
| 4) Incision du col vésical, par voie endoscopique | MNE11 | 32,44 | 168,50 |
| 5) Méatotomie avec ou sans méatoplastie, par abord direct | MNA11 | 41,74 | 216,90 |
| 6) Irrigation manuelle de la vessie, par toute voie d'abord - CAC | MNQ12 | 9,11 | 47,30 |
| 7) Hydrodistension vésicale | MND13 | 13,75 | 71,40 |
| 8) Cystotomie, par toute voie d'abord | MNQ13 | 98,85 | 513,60 |
| 9) Cystostomie sous guidage échographique | MNB11 | 32,51 | 168,90 |
| 10) Cystostomie cutanée continente, avec ou sans fermeture du col de la vessie, par laparotomie | MNA12 | 234,68 | 1219,30 |
| 11) Changement d'une sonde de cystostomie, sans échographie | MND14 | 6,15 | 32,00 |
| 12) Changement d'une sonde de cystostomie, avec échographie | MND15 | 9,11 | 47,30 |
| 13) Location d'appareil | MND15X | 5,04 | 26,20 |
| 14) Exérèse d'une ou plusieurs lésion(s) au niveau de la vessie par voie endoscopique | MNE12 | 135,20 | 702,40 |
| 15) Exérèse d'une ou plusieurs lésion(s) au niveau de la vessie par voie endoscopique avec fluorescence | MNE13 | 153,31 | 796,50 |
| 16) Diverticulectomie vésicale, par laparotomie | MNA13 | 139,76 | 726,10 |
| 17) Diverticulectomie vésicale, par coelioscopie | MNC13 | 163,30 | 848,40 |
| 18) Diverticulectomie vésicale, par coelioscopie avec assistance robotique | MNR13 | 163,30 | 848,40 |
| 19) Injection de toxine botulique dans la paroi vésicale par voie transurétrale | MND16 | 32,44 | 168,50 |
| 20) Instillation médicamenteuse intravésicale, hors indication oncologique, par voie transurétrale | MND17 | 6,18 | 32,10 |
| 21) Instillation intravésicale de chimio-, immuno- thérapie, pour une indication oncologique, par voie transurétrale | MND18 | 18,05 | 93,80 |
| 22) Pose d'une ou plusieurs électrode(s) de neuromodulation sacrée, sous contrôle par imagerie médicale, par toute voie d'abord | YUA18 | 48,62 | 252,60 |
| 23) Pose de boîtier de neuromodulation sacrée avec contrôle par imagerie médicale par toute voie d'abord - CAT | YUA19 | 39,50 | 205,20 |
| 24) Ablation d'une ou plusieurs électrode(s) de neuromodulation sacrée par abord direct | YUA21 | 23,10 | 120,00 |
| 25) Cervicocystopexie, par laparotomie | MNA15 | 140,58 | 730,40 |
| 26) Cervicocystopexie, par coelioscopie | MNC15 | 140,58 | 730,40 |
| 27) Cervicocystopexie, par coelioscopie avec assistance robotique | MNR15 | 140,58 | 730,40 |
| 28) Cure de fistule vésico-entérale, par toute voie d'abord | MNQ17 | 267,80 | 1391,30 |
| 29) Cure de fistule vésico-vaginale, par toute voie d'abord | MNQ18 | 215,17 | 1117,90 |
| 30) Cure de cystocèle par pose de prothèse synthétique, ou de bioprothèse, par voie vaginale | MND21 | 135,84 | 705,70 |
| 31) Cure de cystocèle et rectocèle par pose de prothèses synthétiques, ou de bioprothèses, par voie vaginale | MND22 | 189,49 | 984,50 |
| 32) Cystectomie partielle, par laparotomie | MNA16 | 98,85 | 513,60 |
| 33) Cystectomie partielle, par coelioscopie | MNC16 | 117,03 | 608,00 |
| 34) Cystectomie partielle, par coelioscopie avec assistance robotique | MNR16 | 117,03 | 608,00 |
| 35) Cystectomie partielle avec entérocytoplastie, par toute voie d'abord | MNQ19 | 317,09 | 1647,40 |
| 36) Cystectomie totale avec dérivation urinaire externe non continente de Bricker, avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par laparotomie | MNA17 | 437,87 | 2274,90 |
| 37) Cystectomie totale avec dérivation urinaire externe non continente de Bricker, avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par coelioscopie | MNC17 | 480,01 | 2493,80 |
| 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 | 2493,80 |
| 39) Cystectomie totale avec dérivation urinaire non continente de type Bricker, par toute voie d'abord | MNQ21 | 480,01 | 2493,80 |
| 40) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par laparotomie | MNA18 | 674,12 | 3502,30 |
| 41) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par coelioscopie | MNC18 | 725,74 | 3770,50 |
| 42) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), avec ou sans hystérectomie, avec curage extensif, par coelioscopie avec assistance robotique | MNR18 | 725,74 | 3770,50 |
| 43) Cystectomie totale avec dérivation urinaire continente (néovessie orthoptique), par toute voie d'abord | MNQ22 | 699,93 | 3636,40 |
| 44) Cystectomie totale avec urétérostomie, par toute voie d'abord | MNQ23 | 317,09 | 1647,40 |
| 45) Résection d'un kyste de l'ouraue, par toute voie d'abord | MNQ24 | 90,89 | 472,20 |

46) Tumorectomie de l'ouraque avec curage ganglionnaire, par toute voie d'abord

| <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|-------------|---------------|--------------|
| MNQ25 | 205,41 | 1067,20 |

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 | 265,80 |
| 2) Traitement opératoire du phlegmon périurétral diffus gangréneux (Fournier), par toute voie d'abord | MPQ12 | 232,92 | 1210,10 |
| 3) Dilatation urétrale, avec ou sans urétrocystoscopie, y compris le contrôle échographique | MPE11 | 23,03 | 119,70 |
| 4) Résection ou destruction de toutes lésions urétrales (valves, condylomes, tumeurs), par voie transurétrale | MPE12 | 78,78 | 409,30 |
| 5) Ablation d'un prolapsus (ectropion) de l'urètre | MPD11 | 32,31 | 167,90 |
| 6) Traitement chirurgical du diverticule sous-urétral | MPA11 | 117,03 | 608,00 |
| 7) Uréthroplastie termino-terminale, par toute voie d'abord | MPQ13 | 117,03 | 608,00 |
| 8) Uréthroplastie avec lambeaux, libres ou pédiculés, par toute voie d'abord | MPQ14 | 232,92 | 1210,10 |
| 9) Uréthroplastie pour hypospadias balanique | MPQ15 | 232,92 | 1210,10 |
| 10) Uréthroplastie pour hypospadias pénien postérieur ou périnéal | MPQ16 | 262,20 | 1362,20 |
| 11) Pose de sphincter urinaire artificiel, par toute voie d'abord | MPQ17 | 232,92 | 1210,10 |
| 12) Révision ou changement d'un sphincter artificiel, par toute voie d'abord | MPQ18 | 232,92 | 1210,10 |
| 13) Urétrotomie interne, par voie endoscopique | MPE13 | 51,17 | 265,80 |
| 14) Urétrotomie avec méatotomie (selon Otis), par voie endoscopique | MPE14 | 27,81 | 144,50 |
| 15) Urérostomie cutanée | MPE15 | 163,30 | 848,40 |
| 16) Lithotripsie par urétrocystoscopie | MPE16 | 62,02 | 322,20 |
| 17) Cure de fistule recto urétrale, par toute voie d'abord | MPQ19 | 389,90 | 2025,70 |
| 18) Cure de fistule uréthro-vaginale, par voie vaginale | MPD12 | 196,78 | 1022,40 |
| 19) Urérectomie, par toute voie d'abord | MPQ21 | 98,85 | 513,60 |
| 20) Implantation de ballons péri urétraux | MPC12 | 140,88 | 731,90 |
| 21) Pose de bandelette sous-urétrale chez l'homme | MPC13 | 90,89 | 472,20 |
| 22) Pose de bandelette sous-urétrale (TVT), par toute voie d'abord | MPQ22 | 68,12 | 353,90 |
| 23) Pose de bandelette sous-urétrale transobturatrice (TOT), par toute voie d'abord | MPQ23 | 69,51 | 361,10 |
| 24) Ablation ou reprise de bandelette transobturatrice ou rétopubienne, par toute voie d'abord | MPQ24 | 66,42 | 345,10 |

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.

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

- | | | | |
|--|-------|--------|---------|
| 1) Ponction d'un abcès prostatique, par voie transrectale | MQB11 | 32,44 | 168,50 |
| 2) Injection de substances pharmaceutiques dans la prostate, par voie transurétrale ou périnéale | MQQ11 | 32,44 | 168,50 |
| 3) Pose d'implant intra prostatique, par voie transurétrale | MQP11 | 51,17 | 265,80 |
| 4) Énucléation d'un adénome prostatique, par toute technique endoscopique | MQE11 | 262,20 | 1362,20 |
| 5) Destruction d'un adénome de prostate par aquablation | MQP12 | 99,94 | 519,20 |
| 6) Adénomectomie prostatique, par voie haute, par laparotomie | MQA11 | 170,44 | 885,50 |
| 7) Adénomectomie prostatique, par voie haute, par coelioscopie | MQC11 | 228,99 | 1189,70 |
| 8) Adénomectomie prostatique, par voie haute, par coelioscopie avec assistance robotique | MQR11 | 228,99 | 1189,70 |
| 9) Implantation de marqueurs intra prostatiques en vue d'une radiothérapie externe, avec contrôle échographique, par toute voie d'abord | MQQ12 | 51,17 | 265,80 |
| 10) Curiethérapie par implantation de grains radioactifs dans la prostate, sous contrôle échographique, par voie périnéale | MQB12 | 360,42 | 1872,50 |
| 11) Coagulation prostatique, par voie transurétrale | MQP13 | 54,91 | 285,30 |
| 12) Résection de la prostate (bipolaire ou monopolaire, laser, vaporisation...), par voie transurétrale | MQP14 | 186,83 | 970,70 |
| 13) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses et curage extensif, par laparotomie | MQA12 | 275,97 | 1433,80 |
| 14) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses et curage extensif, par coelioscopie | MQC12 | 353,50 | 1836,60 |
| 15) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses et curage extensif, par coelioscopie avec assistance robotique | MQR12 | 353,50 | 1836,60 |
| 16) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses, sans curage ganglionnaire, par laparotomie | MQA13 | 254,74 | 1323,50 |
| 17) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses, sans curage ganglionnaire, par coelioscopie | MQC13 | 309,05 | 1605,60 |
| 18) Prostatectomie radicale avec conservation des structures vasculonerveuses, sans curage ganglionnaire, par coelioscopie avec assistance robotique | MQR13 | 309,05 | 1605,60 |
| 19) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses, avec curage extensif, par laparotomie | MQA14 | 232,92 | 1210,10 |
| 20) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses, avec curage extensif, par coelioscopie | MQC14 | 331,52 | 1722,40 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 21) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses, avec curage extensif, par coelioscopie avec assistance robotique | MQR14 | 331,52 | 1722,40 |
| 22) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses et sans curage ganglionnaire, par laparotomie | MQA15 | 232,92 | 1210,10 |
| 23) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses et sans curage ganglionnaire, par coelioscopie | MQC15 | 309,05 | 1605,60 |
| 24) Prostatectomie radicale sans conservation des structures vasculonerveuses et sans curage ganglionnaire, par coelioscopie avec assistance robotique | MQR15 | 309,05 | 1605,60 |
| 25) Intervention chirurgicale sur les vésicules séminales, par toute voie d'abord | MQQ13 | 68,39 | 355,30 |
| Section 10 - Actes thérapeutiques sur le scrotum et le contenu scrotal | | | |
| 1) Exérèse de kystes sébacés du scrotum | MRA11 | 31,31 | 162,70 |
| 2) Incision d'abcès scrotal, par abord direct | MRA12 | 18,39 | 95,50 |
| 3) Excision, totale ou partielle, du scrotum | MRA13 | 62,02 | 322,20 |
| 4) Cure de cryptorchidie unilatérale, par toute voie d'abord | MRQ11 | 84,10 | 436,90 |
| 5) Cure de cryptorchidie bilatérale, par toute voie d'abord | MRQ12 | 139,78 | 726,20 |
| 6) Cure de torsion de cordon spermatique, avec ou sans fixation du testicule controlatéral, par abord scrotal | MRA14 | 44,56 | 231,50 |
| 7) Orchidopexie unilatérale, par voie scrotale | MRA15 | 27,81 | 144,50 |
| 8) Orchidopexie bilatérale, par voie scrotale | MRA16 | 51,17 | 265,80 |
| 9) Cure de varicocèle par ligature de la veine spermatique, avec ou sans phlébographie, par laparotomie | MRA17 | 76,39 | 396,90 |
| 10) Cure de varicocèle par ligature de la veine spermatique, avec ou sans phlébographie, par coelioscopie | MRC17 | 90,89 | 472,20 |
| 11) Cure de varicocèle par sclérothérapie, avec phlébographie, par voie scrotale | MRA18 | 90,89 | 472,20 |
| 12) Cure d'hydrocèle unilatérale, par toute voie d'abord | MRQ13 | 51,44 | 267,30 |
| 13) Cure d'hydrocèle bilatérale, par toute voie d'abord | MRQ14 | 70,95 | 368,60 |
| 14) Exérèse unilatérale de spermatocèle, par toute voie d'abord | MRQ15 | 41,74 | 216,90 |
| 15) Exérèse bilatérale de spermatocèle, par toute voie d'abord | MRQ16 | 62,02 | 322,20 |
| 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 | 265,80 |
| 17) Intervention sur les canaux déférents pour contraception masculine, par toute voie d'abord | MRQ23 | 122,97 | 638,90 |
| 18) Vasovasostomie unilatérale, sous repérage microscopique | MRA19 | 68,47 | 355,70 |
| 19) Vasovasostomie bilatérale, sous repérage microscopique | MRA21 | 126,92 | 659,40 |
| 20) Épидидymectomie unilatérale, par toute voie d'abord | MRQ18 | 51,17 | 265,80 |
| 21) Épидидymectomie bilatérale, par toute voie d'abord | MRQ19 | 76,39 | 396,90 |
| 22) Orchidectomie simple, avec ou sans prothèse, par voie scrotale | MRA22 | 60,60 | 314,80 |
| 23) Orchidectomie partielle avec biopsie extemporanée, par voie inguinale | MRQ23 | 146,26 | 759,90 |
| 24) Orchidectomie radicale avec ou sans prothèse, par voie inguinale | MRA24 | 133,12 | 691,60 |
| 25) Pose d'une prothèse testiculaire unilatérale, par toute voie d'abord | MRQ21 | 27,81 | 144,50 |
| 26) Pose d'une prothèse testiculaire bilatérale, par toute voie d'abord | MRQ22 | 51,17 | 265,80 |
| 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 | 95,90 |
| 2) Excision d'un ou de plusieurs corps étrangers du pénis | MSB11 | 41,74 | 216,90 |
| 3) Adhésiolyse du prépuce | MSQ11 | 13,75 | 71,40 |
| 4) Plastie isolée du frein | MSA12 | 13,75 | 71,40 |
| 5) Réduction de paraphimosis | MSQ12 | 9,11 | 47,30 |
| 6) Opération pour phimosis (circoncision simple, sans indication médicale, non à charge) | MSA13 | 41,74 | 216,90 |
| 7) Injection isolée de médicament(s) dans le corps caverneux - CAC | MSB12 | 9,11 | 47,30 |
| 8) Ponction ou évacuation du corps caverneux, par abord direct | MSA14 | 9,11 | 47,30 |
| 9) Anastomose caverno-spongieuse proximale (shunt pour priapisme), par toute voie d'abord | MSQ13 | 163,30 | 848,40 |
| 10) Anastomose caverno-spongieuse distale (shunt pour priapisme), par toute voie d'abord | MSQ14 | 51,17 | 265,80 |
| 11) Traitement de la maladie de La Peyronie, par injection | MSB13 | 23,17 | 120,40 |
| 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 | 848,40 |
| 13) Pénectomie sans curage ganglionnaire inguinal, par abord direct | MSA16 | 117,03 | 608,00 |
| 14) Pénectomie partielle ou totale avec curage ganglionnaire inguinal, par abord direct | MSA17 | 217,98 | 1132,50 |
| 15) Reconstruction pénienne avec ou sans fracture de l'urètre | MSQ15 | 117,03 | 608,00 |
| 16) Pose de prothèse pénienne par implant gonflable, par toute voie d'abord - APCM | MSQ16 | 232,92 | 1210,10 |
| 17) Pose de prothèse pénienne par implant semi rigide, par toute voie d'abord - APCM | MSQ17 | 135,20 | 702,40 |
| 18) Changement, révision ou explantation de prothèse pénienne | MSQ18 | 135,20 | 702,40 |
| Section 12 - Actes thérapeutiques sur le périnée | | | |
| 1) Exérèse ou vaporisation de condylomes, par voie directe | MTA11 | 24,88 | 129,30 |

- 2) Pose de pessaire non obstétrical
- 3) Ablation ou changement de pessaire non obstétrical

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| | MTD11 | 4,82 | 25,00 |
| | MTD12 | 4,82 | 25,00 |
| 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 | 71,40 |
| 2) Extraction de corps étranger, y compris le décaillotage vésical, par urétrocystoscopie | MZE11 | 36,06 | 187,30 |
| 3) Électrocoagulation endoscopique de l'urètre ou de la vessie | MZE12 | 27,74 | 144,10 |
| 4) Résection ou marsupialisation de collection(s) de la prostate ou de diverticule(s) de l'urètre, par urétrocystoscopie | MZE13 | 135,20 | 702,40 |
| 5) Lithotripsie extra corporelle sous imagerie médicale | MZQ11 | 62,97 | 327,20 |
| 6) Cure chirurgicale unilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par laparotomie | MZA12 | 186,83 | 970,70 |
| 7) Cure chirurgicale unilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie | MZC12 | 211,55 | 1099,10 |
| 8) Cure chirurgicale unilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie avec assistance robotique | MZR12 | 211,55 | 1099,10 |
| 9) Cure chirurgicale bilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par laparotomie | MZA13 | 247,54 | 1286,10 |
| 10) Cure chirurgicale bilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie | MZC13 | 278,15 | 1445,10 |
| 11) Cure chirurgicale bilatérale de reflux vésico-urétéral, y compris la réimplantation urétéro-vésicale, par coelioscopie avec assistance robotique | MZR13 | 278,15 | 1445,10 |
| 12) Cure de reflux vésico-urétéral par injection de substance hétérologue, par voie endoscopique | MZE14 | 32,44 | 168,50 |
| 13) Urétéronéphroscopie interventionnelle | MZC14 | 163,30 | 848,40 |
| 14) Néphro-urétérectomie unilatérale, avec ou sans curage ganglionnaire, par laparotomie | MZA15 | 375,07 | 1948,60 |
| 15) Néphro-urétérectomie unilatérale, avec ou sans curage ganglionnaire, par coelioscopie | MZC15 | 413,00 | 2145,70 |
| 16) Néphro-urétérectomie unilatérale, avec ou sans curage ganglionnaire, par coelioscopie avec assistance robotique | MZR15 | 413,00 | 2145,70 |
| 17) Promontofixation antérieure, par laparotomie | MZA16 | 215,17 | 1117,90 |
| 18) Promontofixation antérieure, par coelioscopie | MZC16 | 267,80 | 1391,30 |
| 19) Promontofixation antérieure, par coelioscopie avec assistance robotique | MZR16 | 267,80 | 1391,30 |
| 20) Promontofixation postérieure, par laparotomie | MZA17 | 267,80 | 1391,30 |
| 21) Promontofixation postérieure, par coelioscopie | MZC17 | 316,49 | 1644,30 |
| 22) Promontofixation postérieure, par coelioscopie avec assistance robotique | MZR17 | 316,49 | 1644,30 |
| 23) Spinofixation du dôme vaginal selon Richter, par voie vaginale | MZD11 | 108,23 | 562,30 |
| 24) Promontofixation antérieure et postérieure, par laparotomie | MZA18 | 347,50 | 1805,40 |
| 25) Promontofixation antérieure et postérieure, par coelioscopie | MZC18 | 377,66 | 1962,10 |
| 26) Promontofixation antérieure et postérieure, par coelioscopie avec assistance robotique | MZR18 | 377,66 | 1962,10 |
| 27) Ablation, ou section, de prothèse synthétique périvaginale, par voie vaginale | MZD12 | 69,51 | 361,10 |
| 28) Cure de fistule recto-vaginale, par voie vaginale | MZD19 | 196,78 | 1022,40 |
| 29) Cure de fistule recto-vaginale, par coelioscopie | MZC19 | 174,84 | 908,40 |
| 30) Cure de fistule recto-vaginale, par coelioscopie avec assistance robotique | MZR19 | 174,84 | 908,40 |

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 - Forfaits d'accouchement

- 1) Assistance à un accouchement de jour
- 2) Assistance à un accouchement gémellaire de jour
- 3) Assistance à un accouchement multiple de jour (triple et plus)
- 4) Anesthésie péridurale pour accouchement de jour
- 5) Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 6) Assistance à un accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 7) Assistance à un accouchement gémellaire de nuit, de dimanche, de jour férié légal
- 8) Assistance à un accouchement multiple de nuit, de dimanche, de jour férié légal

| | | |
|------|--------|---------|
| 6A11 | 90,00 | 467,60 |
| 6A12 | 114,00 | 592,30 |
| 6A13 | 138,00 | 717,00 |
| 6A14 | 66,80 | 347,10 |
| 6A15 | 116,90 | 607,30 |
| 6A21 | 157,50 | 818,30 |
| 6A22 | 199,50 | 1036,50 |
| 6A23 | 241,50 | 1254,70 |

REMARQUES:

- 1) Les dispositions de l'article 9, alinéa 1er, relatif au cumul de plusieurs actes techniques, ne sont pas applicables.
- 2) Les positions 6A11 à 6A15 et 6A21 à 6A23 ne peuvent pas être majorées en vertu de l'article 8 relatif à la majoration du tarif des actes techniques.
- 3) Par accouchement de nuit des positions 6A15, 6A21, 6A22 et 6A23, il y a lieu d'entendre l'acte presté entre 20 heures et 7 heures.
- 4) Les positions 6A11, 6A12, 6A13, 6A14, 6A15, 6A21, 6A22, 6A23 excluent la mise en compte des positions V20 à V26.

Sous-section 2 - Actes effectués isolément, non cumulables avec le forfait d'accouchement

- 1) Révision utérine
- 2) Extraction manuelle du placenta adhérent, taponnement éventuel compris
- 3) Tamponnement utérin
- 4) Suture d'une épisiotomie ou d'une déchirure du périnée n'intéressant pas le rectum
- 5) Suture d'une déchirure du col utérin

| <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|-------------|---------------|--------------|
| 6A31 | 13,35 | 69,40 |
| 6A32 | 19,80 | 102,90 |
| 6A33 | 14,85 | 77,20 |
| 6A34 | 8,55 | 44,40 |
| 6A35 | 13,55 | 70,40 |

Sous-section 3 - Actes non compris dans le forfait d'accouchement cumulables avec le forfait d'accouchement

- 1) Cardiotocogramme
- 2) Location d'appareil
- 3) Prélèvement de sang fœtal in utero pendant l'accouchement
- 4) Provocation de l'accouchement prématuré ou après terme
- 5) Suture d'une déchirure complète du périnée étendue au rectum
- 6) Réparation chirurgicale d'une inversion utérine
- 7) Extraction par le siège
- 8) Version par manoeuvres internes
- 9) Extraction instrumentale (forceps, ventouse)
- 10) Incision du col et suture
- 11) Embryotomie, basiotripsie

| | | |
|-------|-------|--------|
| 6A41 | 6,60 | 34,30 |
| 6A41X | 6,86 | 35,60 |
| 6A42 | 15,50 | 80,50 |
| 6A43 | 18,60 | 96,60 |
| 6A44 | 24,75 | 128,60 |
| 6A45 | 79,30 | 412,00 |
| 6A51 | 18,60 | 96,60 |
| 6A52 | 18,60 | 96,60 |
| 6A53 | 18,60 | 96,60 |
| 6A54 | 18,60 | 96,60 |
| 6A55 | 18,60 | 96,60 |

REMARQUE:

- 1) Le cumul se fait à raison de 100% du tarif pour le premier acte cumulé et à raison de 50% du tarif pour les deux actes suivants
- 2) Les positions 6A51 à 6A55 ne sont pas cumulables entre elles

Sous-section 4 - Césarienne

- 1) Opération césarienne, voie abdominale ou vaginale

| | | |
|------|--------|--------|
| 6A61 | 110,05 | 571,80 |
|------|--------|--------|

Sous-section 5 - Evacuation chirurgicale d'un utérus gravide (avant la date de viabilité légale du fœtus)

- 1) Evacuation d'un utérus gravide par curetage ou aspiration, avant 14 semaines de grossesse
- 2) Evacuation d'un utérus gravide par hystérotomie ou par procédé médicamenteux, après 14 semaines de grossesse

| | | |
|------|-------|--------|
| 6A71 | 24,75 | 128,60 |
| 6A72 | 49,50 | 257,20 |

Sous-section 6 - Actes en relation avec la grossesse

- 1) Amnioscopie
- 2) Amniocentèse avec prélèvement ou injection, jusqu'à la 20e semaine de la gestation incluse
- 3) Frais de matériel
- 4) Amniocentèse avec prélèvement ou injection, à partir de la 21e semaine de la gestation
- 5) Frais de matériel
- 6) Perfusion ou transfusion fœtale in utero (amniocentèse comprise)
- 7) Cerclage du col utérin
- 8) Choriocentèse-biopsie de trophoblaste
- 9) Frais de matériel
- 10) Ponction de collection liquidienne fœtale
- 11) Frais de matériel
- 12) Pose de cathéter fœtal en vue de drainage sous contrôle échographique, par pose
- 13) Pose d'un pessaire cervical obstétrical

| | | |
|-------|-------|--------|
| 6A81 | 7,00 | 36,40 |
| 6A82 | 15,50 | 80,50 |
| 6A82M | 7,50 | 39,00 |
| 6A83 | 15,50 | 80,50 |
| 6A83M | 7,50 | 39,00 |
| 6A85 | 20,65 | 107,30 |
| 6A86 | 16,50 | 85,70 |
| 6A87 | 17,55 | 91,20 |
| 6A87M | 7,50 | 39,00 |
| 6A88 | 36,76 | 191,00 |
| 6A88M | 7,50 | 39,00 |
| 6A89 | 91,23 | 474,00 |
| 6A90 | 3,85 | 20,00 |

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

- 1) Colposcopie - CAC
- 2) Prélèvement cervico-vaginal avec examen microscopique qualitatif direct - CAC
- 3) Biopsie du col
- 4) Prélèvement ou biopsie de l'endomètre
- 5) Insufflation tubo-utérine avec enregistrement ou injection
- 6) Ponction du cul-de-sac de Douglas - CAC
- 7) Ponction de la glande de Bartholin
- 8) Incision d'un abcès de la glande de Bartholin - CAC
- 9) Coelioscopie, culdoscopie
- 10) Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique simple (sauf intervention sur les trompes pour stérilisation)
- 11) Microhystéroskopie exploratrice avec ou sans biopsie
- 12) Location d'appareil
- 13) Microhystéroskopie avec traitement préalable de la muqueuse

| | | |
|-------|-------|--------|
| 6G11 | 3,85 | 20,00 |
| 6G12 | 2,00 | 10,40 |
| 6G13 | 7,05 | 36,60 |
| 6G14 | 9,55 | 49,60 |
| 6G15 | 9,55 | 49,60 |
| 6G21 | 3,85 | 20,00 |
| 6G22 | 4,45 | 23,10 |
| 6G23 | 4,20 | 21,80 |
| 6G31 | 35,28 | 183,30 |
| 6G32 | 44,86 | 233,10 |
| 6G33 | 19,16 | 99,50 |
| 6G33X | 5,35 | 27,80 |
| 6G34 | 26,60 | 138,20 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 14) Location d'appareil | 6G34X | 8,06 | 41,90 |
| 15) Microhystérocopie opérationnelle | 6G35 | 38,38 | 199,40 |
| 16) Location d'appareil | 6G35X | 10,71 | 55,60 |
| 17) Extirpation de la glande de Bartholin | 6G41 | 18,92 | 98,30 |
| 18) Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale | 6G42 | 14,28 | 74,20 |
| 19) Vulvectomie simple | 6G43 | 73,66 | 382,70 |
| 20) Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin | 6G44 | 117,81 | 612,10 |
| 21) Colpotomie | 6G51 | 13,63 | 70,80 |
| 22) Opération de l'imperforation vulvaire | 6G52 | 14,28 | 74,20 |
| 23) Opération de l'imperforation vaginale | 6G53 | 28,44 | 147,80 |
| 24) Création d'un néovagin sans laparotomie | 6G54 | 117,81 | 612,10 |
| 25) Création d'un néovagin par voie haute et basse | 6G55 | 147,32 | 765,40 |
| 26) Dilatation non sanglante du col, acte isolé | 6G61 | 7,02 | 36,50 |
| 27) Dilatation sanglante du col, acte isolé | 6G62 | 11,84 | 61,50 |
| 28) Ablation d'un polype du col | 6G63 | 8,39 | 43,60 |
| 29) Electrocoagulation du col, première séance | 6G64 | 8,39 | 43,60 |
| 30) Electrocoagulation du col, à partir de la 2e séance pour une période de 4 semaines | 6G65 | 5,71 | 29,70 |
| 31) Conisation du col ou opération analogue | 6G66 | 19,64 | 102,00 |
| 32) Amputation du col | 6G67 | 29,45 | 153,00 |
| 33) Colpopérinéorrhaphie postérieure | 6G71 | 29,45 | 153,00 |
| 34) Colporraphie antérieure | 6G72 | 38,38 | 199,40 |
| 35) Colporraphie antérieure et postérieure | 6G73 | 63,67 | 330,80 |
| 36) Colporraphie antérieure et postérieure avec fixation utérine (Dolérés, Kocher) | 6G74 | 82,53 | 428,80 |
| 37) Hystéropexie simple par voie haute | 6G81 | 94,61 | 491,50 |
| 38) Hystérectomie | 6G82 | 145,54 | 756,10 |
| 39) Hystérectomie totale élargie pour cancer | 6G83 | 191,47 | 994,80 |
| 40) Autre intervention sur l'utérus par voie abdominale, acte isolé | 6G84 | 97,22 | 505,10 |
| 41) Extirpation de tumeurs intra-utérines par voie vaginale | 6G85 | 47,18 | 245,10 |
| 42) Curetage de la cavité utérine, dilatation et tamponnement compris | 6G86 | 26,66 | 138,50 |
| 43) Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale hors-césarienne, par toute voie d'abord | NZC11 | 95,93 | 498,40 |
| 44) Ligature tubaire unilatérale ou bilatérale per-césarienne | NZC12 | 16,73 | 86,90 |
| 45) Intervention sur les annexes, sauf la stérilisation ou la recanalisation après ligature antérieure des trompes, non cumulable avec une intervention intra-abdominale | 6G93 | 97,22 | 505,10 |
| 46) Ovariectomie pour cancer après hystérectomie | 6G94 | 145,54 | 756,10 |
| REMARQUES: | | | |
| 1) Les codes NZC11 et NZC12 (positions 43 et 44) 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 43 et 44) 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) Le code NZC12 (position 44) est cumulable avec le code 6A61. | | | |
| Section 3 - Exploration et traitement de la stérilité | | | |
| 1) Hétéro-insémination artificielle | 6F11 | 9,85 | 51,20 |
| 2) Ponction folliculaire sous contrôle échographique | 6F12 | 66,00 | 342,90 |
| 3) Transfert d'embryon | 6F13 | 34,00 | 176,60 |
| 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 | 67,60 |
| REMARQUE: Pour les autres anesthésies générales faites par le médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, voir article12 | | | |
| 2) Anesthésie générale faite par un médecin non spécialiste en anesthésie-réanimation (non cumulable avec un autre acte) | 7A12 | 8,90 | 46,20 |
| Section 2 - Actes techniques accompagnant l'anesthésie générale | | | |
| 1) Surveillance de la circulation extracorporelle en chirurgie cardiaque | 7A21 | 91,63 | 476,10 |
| 2) Intubation endobronchique en chirurgie endothoracique | 7A22 | 16,21 | 84,20 |
| 3) Technique de transfusion autologue de sang par hémodilution préopératoire | 7A23 | 18,32 | 95,20 |
| 4) Technique de transfusion autologue de sang par technique type cell-saver ou Stryker | 7A24 | 18,32 | 95,20 |
| REMARQUE: Les actes de cette section ne sont pas soumis aux dispositions de l'article 9 alinéa 1. | | | |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 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 | 50,70 |
| 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 | 79,50 |
| 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 | 160,00 |
| 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 | 103,40 |
| 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 | 207,20 |
| 2) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation par voie aérienne pour accident ou maladie aiguë avec mesures de réanimation | 7A62 | 39,89 | 207,20 |
| 3) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par route | 7A71 | 66,96 | 347,90 |
| 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 | 149,10 |
| 5) Intervention du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation pour transfert secondaire médicalisé par voie aérienne | 7A73 | 43,04 | 223,60 |
| 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 | 74,60 |
| 7) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, par route, au-delà de 30 km | 7A75 | 17,98 | 93,40 |
| 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 | 88,00 |
| 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 | 207,20 |
| 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 | 347,90 |
| 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 | 149,10 |
| 12) Intervention du médecin spécialiste en pédiatrie pour transfert secondaire médicalisé d'un nouveau-né par voie aérienne | 7A83 | 43,04 | 223,60 |
| 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 | 74,60 |
| 14) Supplément pour transfert secondaire médicalisé au Luxembourg du médecin spécialiste en pédiatrie, par route, au-delà de 30 km | 7A85 | 17,98 | 93,40 |
| Section 5 - Anesthésie péridurale | | | |
| 1) Anesthésie péridurale pour accouchement de jour | 7A95 | 66,80 | 347,10 |
| 2) Anesthésie péridurale pour accouchement de nuit, de dimanche, de jour férié légal | 7A96 | 116,90 | 607,30 |
| 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 | 4,10 |
| 2) Film 13/18 | 8F11M | 1,02 | 5,30 |
| 3) Film 18/24 | 8F12M | 1,21 | 6,30 |
| 4) Film 15/40 | 8F13M | 1,26 | 6,50 |
| 5) Film 20/40 | 8F14M | 1,68 | 8,70 |
| 6) Film 24/30 | 8F15M | 1,68 | 8,70 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 7) Film 30/40 | 8F16M | 2,05 | 10,70 |
| 8) Film 35/35 | 8F17M | 2,01 | 10,40 |
| 9) Film 36/43 | 8F18M | 2,38 | 12,40 |
| 10) Film 40/40 | 8F19M | 2,05 | 10,70 |
| b) Supplément pour exposition multiple | | | |
| 11) Exposition en 2 plans | 8F31M | 0,28 | 1,50 |
| 12) Exposition en 3 plans | 8F32M | 0,42 | 2,20 |
| 13) Exposition en 4 plans | 8F33M | 0,56 | 2,90 |
| <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 | 20,80 |
| 2) Rx poignet - CAC | 8S02 | 4,01 | 20,80 |
| 3) Rx avant-bras - CAC | 8S03 | 4,01 | 20,80 |
| 4) Rx coude - CAC | 8S04 | 4,01 | 20,80 |
| 5) Rx humérus - CAC | 8S05 | 4,01 | 20,80 |
| 6) Rx épaule et/ou clavicule - CAC | 8S06 | 4,01 | 20,80 |
| 7) Rx orteils et/ou pied - CAC | 8S13 | 4,01 | 20,80 |
| 8) Rx cheville - CAC | 8S14 | 4,01 | 20,80 |
| 9) Rx jambe - CAC | 8S15 | 4,01 | 20,80 |
| 10) Rx genou - CAC | 8S16 | 4,01 | 20,80 |
| 11) Rx fémur - CAC | 8S18 | 4,01 | 20,80 |
| 12) Rx bassin - CAC | 8S22 | 4,01 | 20,80 |
| 13) Rx hanche - CAC | 8S23 | 4,01 | 20,80 |
| 14) Radiomésure ou mesure des axes des 2 membres inférieurs | 8S24 | 12,03 | 62,50 |
| 15) Supplément pour épreuves dynamiques à la recherche de lésions ligamentaires des articulations des membres - CAC | 8S25 | 2,01 | 10,40 |
| 16) Radiographie comparative du segment controlatéral - CAC | 8S26 | 2,01 | 10,40 |
| b) Tête et thorax | | | |
| 1) Rx crâne - CAC | 8S40 | 4,01 | 20,80 |
| 2) Rx sinus faciaux, squelette facial - CAC | 8S41 | 4,01 | 20,80 |
| 3) Rx crâne, poses spéciales du rocher ou de l'orbite - CAC | 8S42 | 4,01 | 20,80 |
| 4) Orthopantomographie | 8S45 | 5,41 | 28,10 |
| 5) Rx sternum - CAC | 8S51 | 4,01 | 20,80 |
| 6) Rx côtes, gril costal - CAC | 8S52 | 4,01 | 20,80 |
| c) Colonne vertébrale | | | |
| 1) Rx colonne cervicale, toutes incidences - CAC | 8S61 | 6,02 | 31,30 |
| 2) Rx colonne dorsale, toutes incidences - CAC | 8S62 | 4,01 | 20,80 |
| 3) Rx colonne lombaire, toutes incidences - CAC | 8S63 | 6,02 | 31,30 |
| 4) Rx sacrum et/ou coccyx et/ou articulations sacro-iliaques - CAC | 8S64 | 4,01 | 20,80 |
| 5) Rachis dans son entier en téléradiographie, face et profil | 8S65 | 12,03 | 62,50 |
| 6) Supplément pour épreuves dynamiques de la colonne cervicale, en cas de traumatisme - CAC | 8S66 | 2,01 | 10,40 |
| d) Arthrographie, discographie | | | |
| 1) Arthrographie, ponction non comprise | 8S81 | 9,79 | 50,90 |
| 2) Arthrographie, ponction articulaire et injection comprises | 8S82 | 16,14 | 83,90 |
| 3) Arthrographie de la hanche, ponction articulaire et injection comprises | 8S83 | 20,28 | 105,40 |
| 4) Discographie, un ou plusieurs niveaux, ponction non comprise | 8S85 | 9,56 | 49,70 |
| 5) Discographie, ponction des disques et injection comprises | 8S86 | 28,91 | 150,20 |
| <i>Sous-section 3 - Organes de la tête, du cou et du thorax</i> | | | |
| 1) Lacrymographie; injection non comprise | 8V10 | 7,22 | 37,50 |
| 2) Lacrymographie, sondage des voies lacrymales et injection compris | 8V11 | 9,10 | 47,30 |
| 3) Sialographie; injection non comprise | 8V12 | 9,79 | 50,90 |
| 4) Sialographie, sondage et injection compris | 8V13 | 13,06 | 67,90 |
| 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 | 20,80 |
| 6) Laryngographie avec produit de contraste | 8V15 | 6,53 | 33,90 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 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 | 17,00 |
| 8) Location d'appareil | 8V16X | 0,73 | 3,80 |
| 9) Radiographie thoracique de face - CAC | 8V17 | 4,01 | 20,80 |
| 10) Radiographie thoracique, face et profil et autres incidences éventuelles - CAC | 8V18 | 6,72 | 34,90 |
| 11) Location d'appareil en cas de radioscopie associée | 8V18X | 0,73 | 3,80 |
| 12) Bronchographie, médiastinographie (injection non comprise) | 8V19 | 7,93 | 41,20 |
| <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 | 34,90 |
| 2) Rx oesophage seul; non cumulable avec 8V16 | 8V22 | 6,53 | 33,90 |
| 3) Location d'appareil et frais pour produit de contraste | 8V22X | 1,00 | 5,20 |
| 4) Transit oeso-gastro-duodénal | 8V23 | 15,06 | 78,20 |
| 5) Location d'appareil et frais pour produit de contraste | 8V23X | 1,00 | 5,20 |
| 6) Transit du grêle seul; non cumulable à 8V20-8V25 | 8V24 | 7,22 | 37,50 |
| 7) Location d'appareil et frais pour produit de contraste | 8V24X | 1,00 | 5,20 |
| 8) Transit oeso-gastro-duodénal et transit intestinal complet avec au moins 1 contrôle subséquent | 8V25 | 15,06 | 78,20 |
| 9) Location d'appareil et frais pour produit de contraste | 8V25X | 1,00 | 5,20 |
| 10) Lavement baryté | 8V26 | 15,06 | 78,20 |
| 11) Location d'appareil et frais pour produit de contraste | 8V26X | 1,14 | 5,90 |
| 12) Cholécystographie par voie orale | 8V31 | 6,62 | 34,40 |
| 13) Cholécysto-cholangiographie par voie intra-veineuse | 8V32 | 13,39 | 69,60 |
| 14) Cholangiographie par voie percutanée transhépatique | 8V34 | 24,77 | 128,70 |
| 15) Cholangiographie peropératoire | 8V35 | 7,98 | 41,50 |
| <i>Sous-section 5 - Gynécologie</i> | | | |
| 1) Mammographie unilatérale, toutes incidences | 8V51 | 5,46 | 28,40 |
| 2) Mammographie bilatérale | 8V52 | 10,91 | 56,70 |
| 3) Mammographie bilatérale dans le cadre d'un programme de dépistage précoce du cancer du sein | 8V53 | 10,91 | 56,70 |
| 4) Galactographie, injection comprise | 8V54 | 9,79 | 50,90 |
| 5) Hystérosalpingographie | 8V55 | 9,79 | 50,90 |
| 6) Radiopelvimétrie | 8V56 | 4,01 | 20,80 |
| 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 | 28,40 |
| 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 | 56,70 |
| <i>Sous-section 6 - Système nerveux</i> | | | |
| 1) Myélographie, ponction non comprise | 8V61 | 12,54 | 65,20 |
| 2) Myélographie, ponction et injection comprises | 8V62 | 25,69 | 133,50 |
| <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 | 431,20 |
| 2) Artériographie d'un membre | 8V71 | 27,47 | 142,70 |
| 3) Artériographie des deux membres inférieurs et de l'aorte abdominale par cathétérisme unilatéral ou par ponction aortique | 8V72 | 41,08 | 213,40 |
| 4) Artériographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches (non cumulable avec 8V71, 8V72, 8V78, ou 8V79) | 8V73 | 32,26 | 167,60 |
| 5) Artériographie d'une carotide ou d'une artère vertébrale par cathétérisme | 8V75 | 55,25 | 287,00 |
| 6) Artériographie unilatérale des artères du cou (y compris la crosse aortique) | 8V76 | 83,00 | 431,20 |
| 7) Artériographie médullaire | 8V77 | 55,02 | 285,90 |
| 8) Artériographie par cathétérisme sélectif d'une branche de l'aorte thoraco-abdominale | 8V78 | 83,00 | 431,20 |
| 9) Artériographie par cathétérisme sélectif de plusieurs branches de l'aorte thoraco-abdominale | 8V79 | 102,59 | 533,00 |
| 10) Artériographie locale par injection directe peropératoire | 8V80 | 19,40 | 100,80 |
| 11) Phlébographie | 8V81 | 27,47 | 142,70 |
| 12) Splénoportographie | 8V82 | 32,26 | 167,60 |
| 13) Lymphographie | 8V83 | 27,47 | 142,70 |
| 14) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau des membres ou d'organes thoraco-abdominaux pour prélèvement local ou chimiothérapie | 8V86 | 83,00 | 431,20 |
| 15) Cathétérisme sélectif, sous contrôle artériographique, d'un vaisseau crânio-cervical ou médullaire pour prélèvement local ou chimiothérapie | 8V87 | 83,00 | 431,20 |

Sous-section 8 - Examens divers

- 1) Contrôle radiologique de bonne mise en place d'une sonde ou d'un cathéter avec injection de produit de contraste
- 2) Fistulographie sous opacification par sonde
- 3) Repérage percutané de corps étrangers par marquage géométrique
- 4) Repérage percutané d'une lésion focale au décours d'une séance d'imagerie médicale (mise en compte une seule fois) CAT
- 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")

Sous-section 9 - Tomographie, scanographie

a) Tomographie

- 1) Tomographie du squelette en présence de matériel métallique
- 2) Tomographie des poumons et/ou du larynx

b) Tomodensitométrie (TDM), scanographie

- 1) TDM de la tête (cou compris)
- 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

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

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| | 8V90 | 6,72 | 34,90 |
| | 8V91 | 7,41 | 38,50 |
| | 8V92 | 6,72 | 34,90 |
| | 8V93 | 18,65 | 96,90 |
| | 8V95 | 8,26 | 42,90 |
| | 8A15 | 12,17 | 63,20 |
| | 8A16 | 12,17 | 63,20 |
| | 8A21 | 22,01 | 114,40 |
| | 8A31 | 27,28 | 141,70 |
| | 8A32 | 27,28 | 141,70 |
| | 8A33 | 27,28 | 141,70 |
| | 8A34 | 27,28 | 141,70 |
| | 8A35 | 22,01 | 114,40 |
| | 8A36 | 33,06 | 171,80 |
| | 8A37 | 12,17 | 63,20 |
| | 8A41 | 13,61 | 70,70 |
| | 8A45 | 8,26 | 42,90 |
| | KNQ11 | 43,64 | 226,70 |
| | KNQ12 | 65,90 | 342,40 |
| | KNQ13 | 98,78 | 513,20 |
| | KNQ14 | 129,88 | 674,80 |
| | KNQ15 | 102,91 | 534,70 |
| | KNQ16 | 145,46 | 755,70 |
| | KNQ17 | 186,12 | 967,00 |
| | KNQ18 | 223,84 | 1162,90 |
| | KNQ19 | 166,26 | 863,80 |
| | KNQ21 | 145,46 | 755,70 |
| | KNQ22 | 186,12 | 967,00 |
| | KNQ23 | 223,84 | 1162,90 |
| | KNQ24 | 166,26 | 863,80 |
| | KNQ25 | 192,35 | 999,30 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| cible, y compris l'imagerie médicale | | | |
| 15) Acte de contournage 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 | KNQ26 | 235,68 | 1224,50 |
| 16) Acte de contournage 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 | KNQ27 | 275,93 | 1433,60 |
| 17) Acte de contournage 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 recontournage pour changement anatomique, y compris l'imagerie médicale | KNQ28 | 214,49 | 1114,40 |
| 18) Acte de contournage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, pour un volume cible, y compris l'imagerie médicale | KNQ29 | 244,14 | 1268,40 |
| 19) Acte de contournage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, pour deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale | KNQ31 | 290,16 | 1507,50 |
| 20) Acte de contournage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, pour plus de deux volumes cibles, y compris l'imagerie médicale | KNQ32 | 333,08 | 1730,50 |
| 21) Acte de contournage à partir d'imagerie multimodale fusionnée pour la planification d'une radiothérapie stéréotaxique, en cas de recontournage pour changement anatomique, y compris l'imagerie médicale | KNQ33 | 267,62 | 1390,40 |
| 22) Acte de contournage 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 | KNQ34 | 337,58 | 1753,90 |
| 23) Acte de contournage à partir d'imagerie multimodale pour la planification d'une radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité ou stéréotaxique, dans deux volumes déjà irradiés, y compris l'imagerie médicale | KNQ35 | 392,06 | 2036,90 |
| 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 | 2171,10 |
| 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 | 2301,40 |
| 26) Séance de radiothérapie conformationnelle - séance unique | KPK11 | 26,32 | 136,70 |
| 27) Séance de radiothérapie conformationnelle fractionnée - première séance | KPK12 | 9,75 | 50,70 |
| 28) Séance de radiothérapie conformationnelle fractionnée - séances suivantes | KPK13 | 6,47 | 33,60 |
| 29) Séance de radiothérapie par modulation d'intensité (statique ou ArcThérapie Volumétrique par Modulation d'intensité [VMAT]) - séance unique | KPK14 | 26,32 | 136,70 |
| 30) Séance de radiothérapie par modulation d'intensité fractionnée (statique ou Arc-Thérapie Volumétrique par Modulation d'intensité [VMAT]) - première séance | KPK15 | 26,32 | 136,70 |
| 31) Séance de radiothérapie par modulation d'intensité fractionnée (statique ou Arc-Thérapie Volumétrique par Modulation d'intensité [VMAT]) - séances suivantes | KPK16 | 16,26 | 84,50 |
| 32) Séance de radiothérapie fractionnée avec asservissement respiratoire ou marqueur fiduciel - première séance | KPK17 | 29,34 | 152,40 |
| 33) Séance de radiothérapie fractionnée avec asservissement respiratoire ou marqueur fiduciel - séances suivantes | KPK18 | 19,59 | 101,80 |
| 34) Séance de radiothérapie stéréotaxique - séance unique (radiochirurgie) | KPK19 | 46,62 | 242,20 |
| 35) Séance de radiothérapie stéréotaxique fractionnée - première séance | KPK21 | 32,62 | 169,50 |
| 36) Séance de radiothérapie stéréotaxique fractionnée - séances suivantes | KPK22 | 22,87 | 118,80 |
| 37) Séance de radiothérapie adaptative en direct fractionnée - première séance | KPK23 | 88,87 | 461,70 |
| 38) Séance de radiothérapie adaptative en direct fractionnée - séances suivantes | KPK24 | 71,89 | 373,50 |

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 | 1074,80 |
| 2) Implantation d'un applicateur intra-vaginal pour curiethérapie du fond vaginal, avec contrôle échographique, par voie vaginale | KQD12 | 11,96 | 62,10 |
| 3) Individualisation d'un applicateur pour curiethérapie y compris l'imagerie médicale et l'examen clinique | KQQ11 | 17,94 | 93,20 |
| 4) Implantation d'un applicateur cutané pour curiethérapie cutanée interstitielle ou de la lèvre faciale, avec contrôle échographique, par abord direct | KQQ12 | 83,49 | 433,80 |
| 5) Implantation d'un applicateur cutané pour curiethérapie cutanée de surface, par abord direct | KQQ13 | 17,98 | 93,40 |
| 6) Retrait d'un applicateur de curiethérapie interstitielle ou intracavitaire, avec contrôle échographique/IRM, par toute voie d'abord | KZQ11 | 23,92 | 124,30 |
| 7) Séance de curiethérapie (délivrance de l'irradiation par le projecteur de source) à haut débit de dose par 192Ir (toutes indications) | KRQ11 | 17,94 | 93,20 |
| 8) Curiethérapie de prostate à très bas débit de dose par 125I | KRB11 | 78,28 | 406,70 |

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 contourés 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 contourage 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 recontourage 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 contourage 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 contourés, 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

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Traitement par radiopharmaceutique(s), première application | KSQ11 | 37,16 | 193,10 |
| 2) Traitement par radiopharmaceutique(s), deuxième application | KSQ12 | 26,73 | 138,90 |
| 3) Traitement par radiopharmaceutique(s), troisième application | KSQ13 | 17,93 | 93,20 |

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.

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 | 8E01 | 12,20 | 63,40 |
| 2) Location d'appareil | 8E01X | 5,04 | 26,20 |
| 3) Examen échographique de la glande thyroïde (région du cou comprise) | 8E02 | 12,20 | 63,40 |
| 4) Location d'appareil | 8E02X | 5,04 | 26,20 |
| 5) Examen échographique du crâne et/ou des hanches chez un enfant de moins de deux ans | 8E03 | 12,20 | 63,40 |
| 6) Location d'appareil | 8E03X | 5,04 | 26,20 |
| 7) Echographie du pelvis par voie transrectale ou transvaginale | 8E09 | 18,36 | 95,40 |
| 8) Location d'appareil | 8E09X | 5,04 | 26,20 |
| 9) Examen échographique des organes intra-abdominaux et/ou intrapelviens; non applicable pour échographie en rapport avec la grossesse | 8E13 | 18,36 | 95,40 |
| 10) Location d'appareil | 8E13X | 5,04 | 26,20 |
| 11) Examen échographique des seins | 8E14 | 12,20 | 63,40 |
| 12) Location d'appareil | 8E14X | 5,04 | 26,20 |
| 13) Echographie obstétricale, 1er ou 3e trimestre (y compris le 1er diagnostic de la grossesse) | 8E21 | 12,20 | 63,40 |
| 14) Location d'appareil | 8E21X | 5,04 | 26,20 |
| 15) Echographie obstétricale du 2e trimestre | 8E22 | 18,36 | 95,40 |
| 16) Location d'appareil | 8E22X | 5,04 | 26,20 |
| 17) Contrôle échographique accompagnant un acte diagnostique ou thérapeutique - CAT (non applicable pour une position à libellé spécifié "sous contrôle échographique") | 8E25 | 6,12 | 31,80 |
| 18) Location d'appareil | 8E25X | 5,04 | 26,20 |
| 19) Echoendoscopie de l'oesophage et du cardia | 8E31 | 33,48 | 173,90 |
| 20) Echoendoscopie de l'estomac | 8E32 | 28,70 | 149,10 |
| 21) Echoendoscopie des voies pancréatico-biliaires | 8E33 | 37,93 | 197,10 |
| 22) Echoendoscopie du côlon | 8E34 | 28,55 | 148,30 |
| 23) Echoendoscopie du rectum et du sigmoïde | 8E35 | 12,64 | 65,70 |

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

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 1) Examen des vaisseaux par Doppler continu avec enregistrement | 8E41 | 10,71 | 55,60 |
| 2) Location d'appareil | 8E41X | 4,91 | 25,50 |
| 3) Examen échographique de vaisseaux avec Doppler pulsé, non applicable pour l'examen des veines du pelvis et des membres inférieurs, la première séance | 8E42 | 23,82 | 123,80 |
| 4) Location d'appareil | 8E42X | 13,63 | 70,80 |
| 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 | 61,90 |
| 6) Location d'appareil | 8E43X | 13,63 | 70,80 |
| 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 | 123,80 |
| 8) Location d'appareil | 8E45X | 13,63 | 70,80 |
| 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 | 61,90 |
| 10) Location d'appareil | 8E46X | 13,63 | 70,80 |
| 11) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux foetaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance foetale, la première séance | 8E47 | 23,82 | 123,80 |
| 12) Location d'appareil | 8E47X | 13,63 | 70,80 |
| 13) Examen échographique avec Doppler pulsé des vaisseaux utéro-placentaires, des vaisseaux ombilicaux et des grands vaisseaux foetaux pour la recherche ou la surveillance d'une souffrance foetale, séance suivante pour une même grossesse | 8E48 | 11,91 | 61,90 |
| 14) Location d'appareil | 8E48X | 13,63 | 70,80 |

REMARQUE:

Les positions de cette sous-section ne sont pas cumulables entre elles.

Sous-section 3 - Imagerie par résonance magnétique (IRM)

| | | | |
|--|------|-------|--------|
| 1) IRM de la tête (cou compris) | 8E61 | 36,35 | 188,90 |
| 2) IRM du cou et/ou des organes thoraciques | 8E62 | 36,35 | 188,90 |
| 3) IRM des organes abdominaux et/ou pelviens | 8E63 | 36,35 | 188,90 |
| 4) IRM de la colonne cervicale | 8E64 | 36,35 | 188,90 |
| 5) IRM de la colonne lombaire et/ou dorsale | 8E65 | 36,35 | 188,90 |
| 6) IRM des membres | 8E66 | 36,35 | 188,90 |

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 | 55,20 |
| 2) Test respiratoire par isotope (breath test) | 8N02 | 10,62 | 55,20 |
| 3) Scintigraphie de la thyroïde, sans courbe de fixation | 8N11 | 17,93 | 93,20 |
| 4) Scintigraphie de la thyroïde avec courbe de fixation, minimum 3 mesures | 8N12 | 28,55 | 148,30 |
| 5) Scintigraphie pour la recherche de tumeurs neuro-endocrines (apudomes) | 8N15 | 35,87 | 186,40 |
| 6) Scintigraphie pulmonaire (perfusion) | 8N17 | 35,87 | 186,40 |
| 7) Scintigraphie pulmonaire (ventilation) | 8N18 | 35,87 | 186,40 |
| 8) Scintigraphie pulmonaire (ventilation et perfusion) | 8N19 | 46,39 | 241,00 |
| 9) Scintigraphie du myocarde, contrôle ECG et tomoscintigraphie comprise | 8N21 | 35,87 | 186,40 |
| 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 | 211,20 |
| 11) Ventriculographie isotopique avec calcul de la fraction d'éjection et/ou des fractions régionales, contrôle ECG compris | 8N25 | 35,87 | 186,40 |
| 12) Scintigraphie hépatique | 8N31 | 31,09 | 161,50 |
| 13) Cholécintigraphie avec étude dynamique | 8N33 | 35,87 | 186,40 |
| 14) Etude scintigraphique de la vidange gastrique | 8N36 | 35,87 | 186,40 |
| 15) Scintigraphie pour la recherche d'un diverticule de Meckel | 8N38 | 35,87 | 186,40 |
| 16) Scintigraphie rénale, uni- ou bilatérale | 8N41 | 31,09 | 161,50 |
| 17) Néphrographie isotopique et clearance séparée des 2 reins | 8N42 | 41,61 | 216,20 |
| 18) Scintigraphie cérébrale, tomoscintigraphie comprise | 8N51 | 35,87 | 186,40 |
| 19) Scintigraphie cérébrale, examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise | 8N52 | 41,61 | 216,20 |
| 20) Cisternographie isotopique, ponction lombaire et injection comprise | 8N55 | 38,26 | 198,80 |
| 21) Scintigraphie pour la recherche d'un foyer infectieux (p.ex. par leucocytes marqués) | 8N61 | 35,87 | 186,40 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 22) Scintigraphie pour la recherche d'une hémorragie (p.ex. par érythrocytes marqués) | 8N63 | 35,87 | 186,40 |
| 23) Scintigraphie osseuse loco-régionale | 8N71 | 35,87 | 186,40 |
| 24) Scintigraphie osseuse loco-régionale examen statique et dynamique, tomoscintigraphie comprise | 8N72 | 43,04 | 223,60 |
| 25) Scintigraphie osseuse du corps entier | 8N75 | 35,87 | 186,40 |
| 26) Scintigraphie de la moelle osseuse | 8N78 | 35,87 | 186,40 |
| 27) Lymphoscintigraphie | 8N81 | 31,09 | 161,50 |
| 28) Immunoscintigraphie | 8N85 | 35,87 | 186,40 |
| 29) Scintigraphie et transit par un organe de deux traceurs ou plus suivie d'une soustraction progressive des images | 8N91 | 35,87 | 186,40 |
| 30) Tomoscintigraphie en complément d'un examen de la présente section - CAT | 8N95 | 10,62 | 55,20 |
| 31) Scintigraphie réalisée avec caméra hybride PET-CT dédiée incluant tomoscintigraphie, interprétation des images métaboliques et fusion d'images | 8N96 | 41,61 | 216,20 |

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'examen 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 tomодensitométrie.

**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 | 662,10 |
| 2) Angioplastie d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par voie percutanée | HSQ31 | 165,67 | 860,70 |
| 3) Angioplastie d'une artère périphérique du membre supérieur, par voie percutanée | HSQ32 | 107,83 | 560,20 |
| 4) Angioplastie de l'aorte, par voie percutanée | HSQ33 | 127,44 | 662,10 |
| 5) Angioplastie d'une artère viscérale, par voie percutanée | HSQ34 | 127,44 | 662,10 |
| 6) Angioplastie bifurquée du carrefour aorto-iliaque, par voie percutanée | HSQ35 | 107,83 | 560,20 |
| 7) Angioplastie d'une artère infrapoplitée, par voie percutanée | HSQ36 | 127,44 | 662,10 |
| 8) Angioplastie d'une artère périphérique du membre inférieur, par voie percutanée | HSQ37 | 107,83 | 560,20 |

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 | 993,00 |
| 2) Angioplastie et endoprothèse d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par voie percutanée | HSQ39 | 248,51 | 1291,10 |
| 3) Angioplastie et endoprothèse d'une artère périphérique du membre supérieur, par voie percutanée | HSQ41 | 161,74 | 840,30 |
| 4) Angioplastie et endoprothèse de l'aorte, par voie percutanée | HSQ42 | 191,14 | 993,00 |
| 5) Angioplastie et endoprothèse d'une artère viscérale, par voie percutanée | HSQ43 | 191,14 | 993,00 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 6) Angioplastie et endoprothèse bifurquée du carrefour aorto-iliaque, par voie percutanée | HSQ44 | 284,29 | 1477,00 |
| 7) Angioplastie et endoprothèse d'une artère infrapoplitée, par voie percutanée | HSQ45 | 191,14 | 993,00 |
| 8) Angioplastie et endoprothèse d'une artère périphérique du membre inférieur, par voie percutanée | HSQ46 | 161,74 | 840,30 |
| 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 | 1196,80 |
| 2) Recanalisation d'une artère précérébrale, avec neuroprotection cérébrale, par voie percutanée | HSQ48 | 299,47 | 1555,90 |
| 3) Recanalisation d'une artère périphérique du membre supérieur, par voie percutanée | HSQ49 | 215,65 | 1120,40 |
| 4) Recanalisation de l'aorte, par voie percutanée | HSQ51 | 215,65 | 1120,40 |
| 5) Recanalisation d'une artère viscérale, par voie percutanée | HSQ52 | 191,14 | 993,00 |
| 6) Recanalisation du carrefour aorto-iliaque, par voie percutanée | HSQ53 | 215,65 | 1120,40 |
| 7) Recanalisation d'une artère infrapoplitée, par voie percutanée | HSQ54 | 161,74 | 840,30 |
| 8) Recanalisation d'une artère périphérique du membre inférieur, par voie percutanée | HSQ55 | 215,65 | 1120,40 |
| 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 | 1044,00 |
| 2) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte thoracique, par voie percutanée | HSQ57 | 268,58 | 1395,40 |
| 3) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte thoracique avec pose de stent, par voie percutanée | HSQ58 | 268,58 | 1395,40 |
| 4) Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme de l'aorte abdominale, par voie percutanée | HSQ59 | 480,42 | 2496,00 |
| 5) Traitement endoluminal pour anévrisme de l'aorte abdominale interrénal avec fenestration pour une ou deux artères rénales, par voie percutanée | HSQ61 | 816,72 | 4243,20 |
| 6) Traitement endoluminal par prothèse bifurquée d'un anévrisme de l'aorte abdominale et bifurquée iliaque, par voie percutanée | HSQ62 | 552,48 | 2870,40 |
| 7) Traitement endoluminal pour anévrisme d'une artère viscérale, par voie percutanée | HSQ63 | 200,95 | 1044,00 |
| <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 | 560,20 |
| 2) Angioplastie de la veine cave, par voie percutanée | HTQ12 | 107,83 | 560,20 |
| 3) Angioplastie d'une veine iliaque, par voie percutanée | HTQ13 | 108,08 | 561,50 |
| 4) Angioplastie d'une veine périphérique du membre inférieur, par voie percutanée | HTQ14 | 107,83 | 560,20 |
| 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 | 842,80 |
| 2) Angioplastie et endoprothèse de la veine cave, par voie percutanée | HTQ16 | 161,74 | 840,30 |
| 3) Angioplastie et endoprothèse d'une veine iliaque, par voie percutanée | HTQ17 | 162,47 | 844,10 |
| 4) Angioplastie et endoprothèse d'une veine périphérique du membre inférieur, par voie percutanée | HTQ18 | 162,22 | 842,80 |
| 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 | 1120,40 |
| 2) Recanalisation de la veine cave, par voie percutanée | HTQ21 | 177,90 | 924,30 |
| 3) Recanalisation d'une veine iliaque, par voie percutanée | HTQ22 | 215,65 | 1120,40 |
| 4) Recanalisation d'une veine périphérique du membre inférieur, par voie percutanée | HTQ23 | 215,65 | 1120,40 |
| d) Autres traitements endovasculaires | | | |
| 1) Extraction d'un corps étranger intravasculaire, par toutes voies d'abord | HTQ24 | 48,04 | 249,60 |
| 2) Shunt porto-cave par voie transhépatique ou transjugulaire, mise en place d'une endoprothèse comprise, par voie percutanée | HTQ25 | 215,65 | 1120,40 |
| 3) Mise en place percutanée d'un filtre de la veine cave inférieure, par voie percutanée | HTQ26 | 93,12 | 483,80 |
| 4) Traitement endovasculaire unilatéral de la grande veine saphène, avec guidage échographique peropératoire et phlébectomie, par voie percutanée | HTF13 | 91,27 | 474,20 |
| 5) Traitement endovasculaire unilatéral de la petite veine saphène et phlébectomie, par voie percutanée | HTF14 | 76,87 | 399,40 |
| <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 | 967,60 |
| 2) Traitement endoluminal pour anévrisme d'un vaisseau du membre inférieur, par voie percutanée | HUQ16 | 186,25 | 967,60 |
| b) Thromboaspiration ou thrombolyse endovasculaire | | | |
| 1) Thromboaspiration ou thrombolyse d'une veine ou d'une artère, par voie percutanée | HUQ17 | 118,62 | 616,30 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 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 | 662,10 |
| <i>Sous-section 4 - Interventions percutanées sur les voies biliaires</i> | | | |
| 1) Drainage biliaire externe par voie percutanée transhépatique | 8P81 | 57,39 | 298,20 |
| 2) Drainage biliaire interne par voie percutanée transhépatique | 8P82 | 95,65 | 496,90 |
| 3) Mise en place d'une endoprothèse biliaire par voie percutanée transhépatique | 8P83 | 47,83 | 248,50 |
| 4) Changement d'un cathéter ou d'une endoprothèse biliaire mise en place par voie percutanée | 8P84 | 47,83 | 248,50 |
| <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 | 308,10 |
| <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 | 298,20 |
| 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 | 156,30 |
| 3) Dénudation d'un vaisseau, en cas d'impossibilité technique d'un abord par ponction percutanée - CAT | 8P98 | 57,39 | 298,20 |
| Section 6 - Autres examens utilisant les radiations ionisantes | | | |
| 1) Ostéodensitométrie par procédé DXA (absorptiométrie des rayons X à 2 énergies) effectuée par un médecin disposant d'un agrément du Ministre de la Santé | 8D01 | 2,06 | 10,70 |
| REMARQUE: Par dérogation à l'article 10 la position 8D01 peut être cumulée avec la consultation majorée | | | |
| Chapitre 9 - Oto-Rhino-Laryngologie - Stomatologie - Chirurgie maxillo-faciale - Médecine dentaire | | | |
| Section 1 - Cavité buccale et glandes salivaires | | | |
| <i>Sous-section 1 - Chirurgie des lèvres et du palais</i> | | | |
| 1) Chirurgie de la sténose vélo-pharyngée en un ou deux temps | 9S14 | 44,25 | 229,90 |
| 2) Plastie pour perforation sinusobuccale | 9S15 | 77,55 | 402,90 |
| 3) Plastie pour communication buconasale | 9S16 | 83,35 | 433,00 |
| 4) Appareil obturateur de perforation palatine: plaque base en résine (dents et crochets en supplément) - CAT | 9S18 | 50,80 | 263,90 |
| 5) Appareil de prothèse vélo-palatine: plaque base et voile artificiel en résine (dents et crochets en supplément) - CAT | 9S19 | 88,30 | 458,80 |
| 6) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, sur toute l'étendue | 9S31 | 58,35 | 303,20 |
| 7) Désinsertion musculaire du vestibule supérieur, par hémi-maxillaire ou de canine à canine | 9S32 | 29,20 | 151,70 |
| 8) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, sur toute l'étendue | 9S33 | 73,35 | 381,10 |
| 9) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie latérale | 9S34 | 29,75 | 154,60 |
| 10) Désinsertion musculaire du vestibule inférieur, partie antérieure | 9S35 | 43,45 | 225,70 |
| <i>Sous-section 2 - Chirurgie des arcades gingivo-dentaires</i> | | | |
| 1) Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse | 9S41 | 4,00 | 20,80 |
| 2) Traitement local des gingivostomatites, par séance | 9S42 | 2,80 | 14,50 |
| 3) Gingivoplastie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine | 9S43 | 13,40 | 69,60 |
| 4) Gingivectomie étendue à une demi-arcade ou de canine à canine | 9S44 | 20,45 | 106,20 |
| <i>Sous-section 3 - Chirurgie de la langue et du plancher de la bouche</i> | | | |
| 1) Biopsie buccale | 9S51 | 8,30 | 43,10 |
| 2) Excision et suture d'un frein hypertrophié de la langue ou de la lèvre ou d'une bride fibreuse | 9S52 | 13,40 | 69,60 |
| 3) Plastie d'allongement du frein de la lèvre ou de la langue | 9S53 | 13,40 | 69,60 |
| 4) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, un côté | 9S55 | 40,90 | 212,50 |
| 5) Désinsertion musculaire du plancher de la bouche, deux côtés | 9S56 | 81,70 | 424,50 |
| 6) Glossectomie large | 9S57 | 109,70 | 569,90 |
| 7) Incision d'un abcès de la cavité buccale, bucco-pharyngée ou pharyngo-laryngée par voie buccale | 9S61 | 11,00 | 57,10 |
| 8) Incision d'un phlegmon de la base de la langue ou du plancher buccal | 9S62 | 33,65 | 174,80 |
| 9) Résection d'une lésion ou tumeur bénigne de la bouche | 9S65 | 16,55 | 86,00 |
| 10) Extirpation d'une tumeur maligne des lèvres | 9S71 | 59,55 | 309,40 |
| 11) Extirpation d'une tumeur maligne de l'oropharynx ou du plancher de la bouche | 9S72 | 140,65 | 730,70 |
| <i>Sous-section 4 - Chirurgie des glandes salivaires</i> | | | |
| 1) Injection de produit de contraste pour sialographie | 9S80 | 3,50 | 18,20 |

| | <u>Code</u> | <u>Coeff.</u> | <u>Tarif</u> |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 2) Extirpation de calculs salivaires par incision muqueuse simple | 9S81 | 13,40 | 69,60 |
| 3) Extirpation de calculs salivaires par dissection du canal excréteur ou par voie externe | 9S82 | 27,50 | 142,90 |
| 4) Chirurgie d'une fistule salivaire | 9S83 | 33,65 | 174,80 |
| 5) Ablation de la glande sous-maxillaire | 9S90 | 60,00 | 311,70 |
| 6) Parotidectomie partielle avec dissection du nerf facial | 9S93 | 98,25 | 510,40 |
| 7) Parotidectomie totale avec dissection du nerf facial | 9S94 | 124,40 | 646,30 |
| 8) Parotidectomie totale, sans conservation du nerf facial | 9S95 | 98,25 | 510,40 |
| Section 2 - Chirurgie maxillo-faciale | | | |
| 1) Bandage d'urgence extrabuccal pour fracture des maxillaires, sans continuation du traitement | 9F11 | 5,45 | 28,30 |
| 2) Fracture des maxillaires, premier appareillage de contention buccale | 9F12 | 25,55 | 132,70 |
| 3) Traitement orthopédique d'une fracture maxillaire parcellaire | 9F13 | 25,55 | 132,70 |
| 4) Traitement orthopédique d'une fracture complète simple d'un maxillaire (sans appui) | 9F14 | 77,55 | 402,90 |
| 5) Fracture complète du maxillaire inférieur, réduction et contention avec appui sur le maxillaire supérieur | 9F15 | 119,15 | 619,00 |
| 6) Fracture transversale du maxillaire supérieur, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien | 9F16 | 131,15 | 681,40 |
| 7) Fracture complète des deux maxillaires, contention par appareillage intra- et extra-buccal, appui péricrânien, matériel non compris | 9F17 | 131,15 | 681,40 |
| 8) Réduction sanglante simple d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris | 9F21 | 21,75 | 113,00 |
| 9) Ostéosynthèse d'une fracture d'un maxillaire, de l'os malaire et/ou du zygoma, matériel non compris | 9F22 | 146,55 | 761,40 |
| 10) Ostéotomie pour fracture ancienne avec cal vicieux ou chirurgie (sans greffe) d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur, matériel non compris | 9F25 | 77,55 | 402,90 |
| 11) Traitement chirurgical de la pseudarthrose d'un maxillaire avec greffe osseuse, prélèvements des greffons compris | 9F26 | 116,80 | 606,80 |
| 12) Ostéotomie unilatérale du maxillaire supérieur pour fracture ancienne avec cal vicieux | 9F27 | 101,20 | 525,80 |
| 13) Traitement orthopédique de la luxation temporo-maxillaire uni- ou bilatérale | 9F31 | 4,50 | 23,40 |
| 14) Réduction sanglante d'une luxation temporo-maxillaire, reposition ou résection du condyle, butée osseuse | 9F32 | 146,55 | 761,40 |
| 15) Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante - CAT | 9F33 | 170,05 | 883,50 |
| 16) Arthrotomie pour corps étranger ou lésion méniscale de l'articulation temporo-maxillaire | 9F34 | 74,15 | 385,20 |
| 17) Ostéotomie pour ankylose ou arthroplastie temporo-maxillaire | 9F35 | 183,05 | 951,00 |
| 18) Résection totale du maxillaire inférieur | 9F41 | 104,10 | 540,80 |
| 19) Résection du corps du maxillaire inférieur | 9F42 | 146,55 | 761,40 |
| 20) Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur | 9F43 | 183,00 | 950,80 |
| 21) Résection large ou totale du maxillaire supérieur | 9F44 | 183,00 | 950,80 |
| 22) Traitement chirurgical de la prognathie ou latérogathie, matériel non compris | 9F47 | 183,00 | 950,80 |
| 23) Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur après correction chirurgicale d'une prognathie ou latérogathie - CAT | 9F48 | 170,05 | 883,50 |
| 24) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires étendue à l'infrastructure | 9F51 | 73,35 | 381,10 |
| 25) Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires avec vaste délabrement osseux | 9F52 | 101,20 | 525,80 |
| 26) Evidement osseux d'un maxillaire nécessitant une greffe | 9F53 | 116,80 | 606,80 |
| 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 | 751,00 |
| 28) Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique | 9F61 | 21,35 | 110,90 |
| 29) Traitement de l'ostéite et nécrose des maxillaires, circonscrite à la région alvéolaire; curetage et ablation de séquestres | 9F62 | 11,00 | 57,10 |
| 30) Curetage péri-apical par trépanation vestibulaire avec ou sans résection apicale | 9F63 | 20,45 | 106,20 |
| 31) Traitement de l'ostéite de la région basilaire, de l'ostéite corticale ou centrale, curetage et ablation de séquestres | 9F64 | 27,55 | 143,10 |
| 32) Nécrose des corps maxillaires étendue à un segment important; curetage et ablation de séquestres | 9F65 | 47,50 | 246,80 |
| 33) Enucléation d'un kyste maxillaire étendu avec trépanation osseuse | 9F71 | 27,05 | 140,50 |
| 34) Cure par marsupialisation d'un kyste maxillaire avec trépanation osseuse | 9F72 | 13,55 | 70,40 |
| 35) Cure d'un kyste s'étendant à un hémimaxillaire ou d'un kyste faisant saillie et refoulant un sinus maxillaire | 9F73 | 51,30 | 266,50 |
| 36) Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus | 9F74 | 60,70 | 315,40 |
| 37) Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculo-cutanée | 9F78 | 77,05 | 400,30 |
| 38) Insertion d'implants métalliques ou acryliques après large résection de la mandibule | 9F81 | 146,55 | 761,40 |
| 39) Réimplantation d'une dent, appareillage non compris | 9F82 | 40,25 | 209,10 |
| 40) Transplantation d'une dent, appareillage non compris | 9F83 | 54,00 | 280,60 |
| 41) Appareil de contention préopératoire du maxillaire inférieur (résection chirurgicale, greffe) - CAT | 9F91 | 108,75 | 565,00 |
| 42) Appareil mobilisateur du maxillaire inférieur après traitement chirurgical d'une construction permanente - CAT | 9F92 | 170,05 | 883,50 |
| 43) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) sans casque péricrânien - CAT | 9F93 | 108,75 | 565,00 |
| 44) Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres; joues) avec casque péricrânien - CAT | 9F94 | 170,05 | 883,50 |
| 45) Appareil porte-radium intrabuccal - CAT | 9F95 | 88,30 | 458,80 |
| 46) Appareil de redressement du nez avec appui péricrânien - CAT | 9F96 | 67,95 | 353,00 |
| 47) Appareil obturateur après résection du maxillaire supérieur (dents comprises) - CAT | 9F97 | 170,05 | 883,50 |
| 48) Attelle modelable, par maxillaire | 9F98 | 14,00 | 72,70 |

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)

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, 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: 0,70920

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

| | |
|----------------------|------------|
| Cote d'application: | 944,43 |
| Valeur lettre-clé: | 6,6979 |
| Valable à partir du: | 01.03.2024 |

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 | 42,40 |
| DC2 | 3,30 | 22,10 |
| DC3 | 3,30 | 22,10 |
| DC4 | 9,13 | 61,20 |
| DC6 | 11,98 | 80,20 |
| DC7 | 11,98 | 80,20 |
| DC8 | 17,75 | 118,90 |

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 | 90,00 |
| DV4 | 17,08 | 114,40 |
| DV5 | 17,08 | 114,40 |
| DV6 | 20,16 | 135,00 |
| DV7 | 20,16 | 135,00 |
| DV8 | 27,27 | 182,70 |

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 | 90,00 |
| DV14 | 17,08 | 114,40 |
| DV15 | 17,08 | 114,40 |
| DV16 | 20,16 | 135,00 |
| DV17 | 20,16 | 135,00 |
| DV18 | 27,27 | 182,70 |

Chapitre 3 - Déplacements du médecin-dentiste

- 1) Indemnité horo-kilométrique par km

| | | |
|-----|------|------|
| DK1 | 0,47 | 3,10 |
|-----|------|------|

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 | 37,10 |
| DF11 | 3,25 | 21,80 |
| DF12 | 1,62 | 10,90 |
| DF13 | 0,90 | 6,00 |

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 | 75,00 |
| DF21 | 1,51 | 10,10 |
| DF22 | 1,01 | 6,80 |
| DF23 | 0,90 | 6,00 |

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 | 65,20 |
|-----|------|-------|

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 80,20

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 80,20
DE3 11,98 80,20

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 42,40
FD45 44,19 296,00
FD46 19,00 127,30

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 55,00
DP2 10,95 73,30
DP3 13,68 91,60
DP11 5,45 36,50
DP12 2,80 18,80
DP4 10,04 67,20

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 12,30
DP47 10,95 73,30

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 73,30

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 55,00
DP41 6,10 40,90
DP42 10,95 73,30

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 55,00

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 40,90
DS2 3,14 21,00

| | Code | Coeff. | Tarif |
|--|-------------|---------------|--------------|
| 3) Correction de l'occlusion dentaire et meulage sélectif, par séance | DS3 | 7,39 | 49,50 |
| 4) Consolidation de dents branlantes par ligature ou collage, ou traitement d'une fracture limitée aux procès alvéolaires, par dent | DS4 | 3,14 | 21,00 |
| 5) Attelle métallique dans la parodontose ou la fracture des procès alvéolaires - DSD+ACM | DS5 | 56,00 | 375,10 |
| 6) Prothèse attelle de contention ou gouttière occlusale - DSD+ACM | DS6 | 56,00 | 375,10 |
| 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 | 21,00 |
| 2) Coiffage pulpaire indirect, par dent et par séance | DS8 | 3,14 | 21,00 |
| 3) Coiffage pulpaire direct, par dent et par séance | DS9 | 6,10 | 40,90 |
| 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 | 33,80 |
| 2) Pulpectomie totale (amputation corono-radiculaire) et obturation des canaux radiculaires, sur incisives, canines ou prémolaires inférieures | DS11 | 12,32 | 82,50 |
| 3) Pulpectomie totale (amputation corono-radiculaire) et obturation des canaux radiculaires, sur prémolaires supérieures ou molaires | DS12 | 21,67 | 145,10 |
| 4) Traitement endodontique par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD | DS24 | 12,32 | 82,50 |
| 5) Traitement de la gangrène pulpaire et de ses complications, par séance - CAC | DS13 | 4,48 | 30,00 |
| 6) Traitement de la nécrose pulpaire avec écoulement purulent par drainage | DS25 | 5,15 | 34,50 |
| 7) Anesthésie intrapulpaire | DS23 | 2,74 | 18,40 |
| 8) Médication intracanaire - DSD | DS26 | 4,48 | 30,00 |
| 9) Dépose d'instrument endodontique fracturé - DSD | DS53 | 12,20 | 81,70 |
| 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 | 49,50 |
| 2) Obturation par dent, une face | DS14 | 7,39 | 49,50 |
| 3) Obturation provisoire par dent, une face | DS84 | 7,39 | 49,50 |
| 4) Obturation portant sur deux faces d'une dent | DS15 | 9,30 | 62,30 |
| 5) Obturation provisoire portant sur deux faces d'une dent | DS85 | 9,30 | 62,30 |
| 6) Obturation par dent portant sur trois faces ou plus | DS16 | 10,47 | 70,10 |
| 7) Obturation provisoire par dent portant sur trois faces ou plus | DS86 | 10,47 | 70,10 |
| 8) Désobturation endodontique 1 canal - DSD | DS41 | 6,16 | 41,30 |
| 9) Désobturation endodontique 2 canaux - DSD | DS42 | 12,32 | 82,50 |
| 10) Désobturation endodontique 3 canaux - DSD | DS43 | 18,48 | 123,80 |
| 11) Désobturation endodontique par canal et par canal surnuméraire ou atypique (maximum 5 canaux par dent) - DSD | DS44 | 6,16 | 41,30 |
| 12) Reconstitution large d'une dent sur pivot - DSD | DS18 | 14,84 | 99,40 |
| 13) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD | DS19 | 10,47 | 70,10 |
| 14) Anesthésie locale | DS20 | 2,18 | 14,60 |
| 15) Anesthésie régionale | DS21 | 3,64 | 24,40 |

- 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 | 21,00 |
| DS45 | 2,19 | 14,70 |
| DS46 | 10,47 | 70,10 |
| DS47 | 12,20 | 81,70 |
| DS48 | 6,10 | 40,90 |
| DS49 | 4,48 | 30,00 |
| DS50 | 6,10 | 40,90 |
| DS33 | 10,47 | 70,10 |
| DS34 | 7,39 | 49,50 |
| DS35 | 9,30 | 62,30 |
| DS36 | 10,47 | 70,10 |

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 | 24,40 |
| DS62 | 4,48 | 30,00 |
| DS63 | 4,48 | 30,00 |
| DS64 | 6,10 | 40,90 |
| DS65 | 3,64 | 24,40 |
| DS66 | 7,39 | 49,50 |
| DS67 | 11,76 | 78,80 |
| DS68 | 7,39 | 49,50 |
| DS71 | 3,64 | 24,40 |
| DS72 | 3,14 | 21,00 |
| DS73 | 4,48 | 30,00 |
| DS74 | 7,39 | 49,50 |
| DS75 | 22,90 | 153,40 |
| DS76 | 11,93 | 79,90 |
| DS77 | 5,99 | 40,10 |
| DS78 | 16,13 | 108,00 |
| DS79M | 3,92 | 26,30 |

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 héli-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 | 49,50 |
| 2) Hémisection radiculaire - DSD | DS70 | 7,39 | 49,50 |
| 3) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée | DS88 | 37,02 | 248,00 |
| 4) Extraction chirurgicale d'une canine incluse | DS89 | 46,54 | 311,70 |
| 5) Extraction chirurgicale d'odontoïdes ou de dents surnuméraires inclus ou enclavés, germectomie | DS90 | 37,02 | 248,00 |
| 6) Extraction chirurgicale d'une dent incluse ou enclavée au cours d'accidents inflammatoires | DS91 | 52,53 | 351,80 |
| 7) Extraction chirurgicale d'une dent en désinclusion, non enclavée, dont la couronne est sous-muqueuse | DS92 | 15,51 | 103,90 |
| 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 | 518,00 |
| 9) Extraction par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus | DS94 | 11,09 | 74,30 |
| 10) Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire | DS95 | 3,64 | 24,40 |
| 11) Curetage alvéolaire, granulectomie, esquillectomie | DS96 | 3,64 | 24,40 |
| 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 | 175,50 |
| 2) Pose d'une plaque base résine pour guide chirurgical préimplantaire dentaire, par arcade - DSD | DB96 | 17,59 | 117,80 |
| Section 2 - Pose d'implant chez l'adulte | | | |
| 1) Pose d'un implant intraosseux intrabuccal, chez l'adulte, par implant - DSD | DB97 | 78,92 | 528,60 |
| 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 | 109,90 |
| 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 | 229,70 |
| 2) Plaque base en résine injectée ou plaque renforcée ou plaque coulée - DSD+ACM | DA12 | 34,30 | 229,70 |
| 3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD+ACM | DA13 | 34,30 | 229,70 |
| 4) Plaque base en résine injectée, ou plaque renforcée, ou plaque coulée pour prothèse amovible provisoire - DSD | DA14 | 34,30 | 229,70 |
| 5) Empreinte par porte-empreinte individuel | DA21 | 8,30 | 55,60 |
| 6) Empreinte fonctionnelle, open mouth technic | DA22 | 27,55 | 184,50 |
| 7) Empreinte fonctionnelle, closed mouth technic - DSD+ACM | DA23 | 27,55 | 184,50 |
| 8) Dent prothétique | DA31 | 8,30 | 55,60 |
| 9) Dent contreplaquée (métal non précieux) | DA32 | 13,85 | 92,80 |
| 10) Facette or - DSD+ACM | DA33 | 8,30 | 55,60 |
| 11) Rétention par zone de décharge | DA35 | 5,45 | 36,50 |
| 12) Rétention par succion | DA36 | 8,30 | 55,60 |
| 13) Rétention par pesanteur, aimants, ressorts, implants ou résine molle - DSD+ACM | DA37 | 8,30 | 55,60 |
| 14) Ancienne dent remontée sur nouvelle base, par dent | DA41 | 6,60 | 44,20 |
| 15) Crochet simple, métal non précieux | DA42 | 8,80 | 58,90 |
| 16) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD+ACM | DA43 | 8,80 | 58,90 |
| 17) Crochet de prothèse squelettique - DSD+ACM | DA44 | 8,80 | 58,90 |
| 18) Attachements - DSD+ACM | DA45 | 8,80 | 58,90 |
| 19) Réparation de fracture sur plaque base en matière plastique | DA51 | 11,00 | 73,70 |
| 20) Réparation de fracture sur plaque base en matière métallique (remontage en plus) - DSD | DA52 | 11,00 | 73,70 |
| 21) Réparation avec remplacement d'une dent artificielle cassée, d'un crochet ou d'une succion | DA53 | 11,00 | 73,70 |
| 22) Réparation avec remplacement de dents artificielles cassées, de crochets ou succions, les suivantes, par unité | DA54 | 5,45 | 36,50 |
| 23) Adjonction d'une dent après empreinte | DA61 | 15,40 | 103,10 |

| | <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 | 55,60 |
| 25) Adjonction d'un crochet simple après empreinte | DA63 | 16,55 | 110,90 |
| 26) Adjonction d'un crochet compliqué après empreinte - DSD | DA64 | 16,55 | 110,90 |
| 27) Remontage d'une dent prothétique | DA71 | 11,00 | 73,70 |
| 28) Remontage de dents prothétiques, à partir de la deuxième dent, par dent | DA72 | 5,45 | 36,50 |
| 29) Remontage par crochet | DA73 | 11,00 | 73,70 |
| 30) Rebasage partiel | DA74 | 16,95 | 113,50 |
| 31) Rebasage total | DA75 | 34,30 | 229,70 |
| <u>Chapitre 6 - Traitement non terminé pour prothèse adjointe</u> | | | |
| 1) Empreinte par maxillaire | DA91 | 5,45 | 36,50 |
| 2) Empreinte individuelle par maxillaire | DA92 | 8,30 | 55,60 |
| 3) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, open mouth technic | DA93 | 27,55 | 184,50 |
| 4) Empreinte fonctionnelle par maxillaire, closed mouth technic - DSD+ACM | DA94 | 27,55 | 184,50 |
| 5) Articulé | DA95 | 11,00 | 73,70 |
| 6) Essayage par maxillaire | DA96 | 8,30 | 55,60 |
| <u>Chapitre 7 - Prothèse conjointe</u> | | | |
| 1) Couronne provisoire - DSD (par dent) | DB13 | 14,84 | 99,40 |
| 2) Couronne coulée | DB21 | 44,15 | 295,70 |
| 3) Couronne à facette - DSD+ACM | DB23 | 44,15 | 295,70 |
| 4) Couronne trois quarts | DB24 | 49,70 | 332,90 |
| 5) Couronne téléscopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD+ACM | DB25 | 52,95 | 354,70 |
| 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 | 58,90 |
| 7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD+ACM | DB28 | 13,25 | 88,70 |
| 8) Dent à pivot avec anneau radulaire (genre Richmond) | DB29 | 55,20 | 369,70 |
| 9) Dent à pivot en porcelaine ou résine massive (genre Davis) | DB30 | 38,65 | 258,90 |
| 10) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD+ACM | DB31 | 13,25 | 88,70 |
| 11) Couronne jacket en résine | DB32 | 55,20 | 369,70 |
| 12) Couronne jacket en porcelaine - DSD+ACM | DB33 | 55,20 | 369,70 |
| 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 | 40,90 |
| 14) Descellement d'une couronne, d'une facette ou d'un bridge; par élément scellé | DB35 | 5,45 | 36,50 |
| 15) Descellement d'une dent à pivot ou d'un pivot radulaire cassé - DSD | DB36 | 5,45 | 36,50 |
| 16) Réparation d'une prothèse conjointe, descèlement et rescellement non compris - DSD | DB37 | 8,80 | 58,90 |
| 17) Remplacement d'une facette, scellement compris | DB38 | 13,85 | 92,80 |
| 18) Élément de bridge provisoire - DSD | DB17 | 14,84 | 99,40 |
| 19) Élément de bridge céramo-métallique - DSD+ACM | DB47 | 38,65 | 258,90 |
| 20) Élément de bridge barre (spring bridge) | DB48 | 38,65 | 258,90 |
| 21) Élément de bridge en métal massif | DB49 | 38,65 | 258,90 |
| 22) Élément de bridge en résine | DB50 | 38,65 | 258,90 |
| 23) Élément de bridge à facette ou dent à tube | DB51 | 38,65 | 258,90 |
| 24) Trépanation d'une couronne prothétique - DSD | DB10 | 5,45 | 36,50 |
| 25) Section d'une couronne, d'un bridge ou de couronnes solidarisées - par site de section - DSD | DB52 | 5,45 | 36,50 |
| 26) Dépose d'un inlay-core ou clavette pour accès canalair - DSD | DB53 | 5,45 | 36,50 |
| 27) Dépose de vis ou tenon radulaire pour accès canalair - DSD | DB54 | 5,45 | 36,50 |
| <u>Chapitre 8 - Traitement non terminé pour prothèse conjointe</u> | | | |
| 1) Décorticage pour couronne simple | DB91 | 12,20 | 81,70 |
| 2) Décorticage pour couronne jacket | DB92 | 22,05 | 147,70 |
| 3) Préparation pour dent à pivot | DB93 | 12,20 | 81,70 |
| <u>Chapitre 9 - Orthodontie</u> | | | |
| 1) Moulages d'orthodontie fournis à la caisse | DT10 | 5,65 | 37,80 |
| 2) Examen de la position des dents avec moulages | DT11 | 13,85 | 92,80 |
| 3) Traitement de la malposition des dents par appareils divers, avant le début du traitement actif | DT21 | 71,85 | 481,20 |
| 4) Traitement de la malposition des dents par plan incliné concernant plus de deux dents, avant le début du traitement actif | DT22 | 84,40 | 565,30 |
| 5) Réduction de l'espace interdentaire par ligature ou par traction | DT23 | 84,40 | 565,30 |
| 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 | 558,90 |
| 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 | 558,60 |
| 7) Traitement orthodontique, par appareil mobile, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - ACM | DT33 | 104,85 | 702,30 |
| 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 | 633,00 |

| | Code | Coeff. | Tarif |
|---|-------------|---------------|--------------|
| 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 | 632,60 |
| 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 | 1339,60 |
| 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 | 558,90 |
| 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 | 558,60 |
| 11) Traitement orthodontique, par appareil fixe, deuxième période de 9 mois, à la fin de cette période - DSD + ACM | DT43 | 104,85 | 702,30 |
| 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 | 633,00 |
| 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 | 632,60 |
| 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 | 1339,60 |
| 14) Contention d'un groupe de dents à hémiarcade après traitement orthodontique | DT61 | 66,15 | 443,10 |
| 15) Contention d'une arcade complète après traitement orthodontique | DT62 | 110,40 | 739,40 |

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 | 36,50 |
| 2) Radiographie dentaire, film et location d'appareil compris, radiographies suivantes, par film | DN12 | 2,80 | 18,80 |
| 3) Téléradiographie de la face (face ou profil) avec mesure céphalométrique, par cliché | DN13 | 4,30 | 28,80 |
| 4) Location d'appareil | DN13X | 7,65 | 51,20 |
| 5) Orthopantomographie | DN14 | 5,80 | 38,80 |
| 6) Location d'appareil | DN14X | 7,65 | 51,20 |
| 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 | 137,70 |
| 8) Radiographie d'une articulation temporo-mandibulaire | DN15 | 12,00 | 80,40 |
| 9) Location d'appareil | DN15X | 7,65 | 51,20 |
| 10) Film 9/13 | DN20M | 0,85 | 5,70 |
| 11) Film 12/30 à 15/34 | DN25M | 1,20 | 8,00 |
| 12) Film 18/24 | DN30M | 1,30 | 8,70 |
| 13) Film 24/30 | DN40M | 1,80 | 12,10 |

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 | 99,50 |
| 2) Reconstitution d'un angle en résine sur le groupe incisivo-canin - DSD | DW19 | 26,14 | 175,10 |
| 3) Prothèse à squelette en métal non précieux - DSD + ACM | DW20 | 106,93 | 716,20 |
| 4) Crochet de type compliqué, métal non précieux - DSD + ACM | DW21 | 11,88 | 79,60 |
| 5) Couronne à facette - DSD + ACM | DW23 | 112,87 | 756,00 |
| 6) Couronne télescopique servant d'ancrage à une prothèse adjointe - DSD + ACM | DW25 | 93,26 | 624,60 |
| 7) Inlay servant de pilier de bridge - DSD + ACM | DW28 | 20,20 | 135,30 |
| 8) Reconstitution sur inlay-pivot par couronne - DSD + ACM | DW31 | 20,20 | 135,30 |

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)