



VERSION COORDONNEE AU 01.02.2023 DE LA NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES

Infirmiers

Masseurs-kinésithérapeutes

Rééducateurs en psychomotricité

Sages-femmes

Orthophonistes

Laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique

Prestataires de soins palliatifs

Diététiciens

Psychothérapeutes

et

TARIFS APPLICABLES

INFORMATION IMPORTANTE

Les tarifs correspondant à la valeur 898,93 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.

SOMMAIRE

INFIRMIERS	5
Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers 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	8
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	8
Section 1 - Prélèvements et analyses	8
Section 2 - Injections, perfusions, prises de sang	8
Section 3 - Pansements	8
Section 4 - Actes concernant l'appareil urinaire	9
Section 5 - Actes concernant l'appareil digestif	9
Section 6 - Lavage vaginal	9
Section 7 - Actes concernant les voies respiratoires	9
Section 8 - Actes infirmiers dans le cadre de l'assurance dépendance	9
Section 9 - Mesures de paramètres en cas de surveillance médicale accrue temporaire	9
Section 10 - Mesures de décontamination	9
<i>DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT</i>	10
Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°123 du 31.12.1998, p. 3386)	11
MASSEURS-KINESITHERAPEUTES	12
Règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie	13
Dispositions générales	13
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	15
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	15
<i>DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT</i>	15
Modifications portées au règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A - N°260 du 19.12.2016, p. 4637)	16
REEDUCATEURS EN PSYCHOMOTRICITE	17
Règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité pris en charge par l'assurance maladie	18
Dispositions générales	18
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	20
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	20
Section 1 - Bilans	20
Section 2 - Rééducation psychomotrice	20
Section 3 - Relaxation psychomotrice	20
<i>DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT</i>	20
Modifications portées au règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°33 du 01.04.1999, p. 781)	21

SAGES-FEMMES	22
Règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie	23
Dispositions générales	23
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	25
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	25
Section 1 - Santé sexuelle et planification familiale	25
Section 2 - Période prénatale.....	25
Section 3 - Accouchement	25
Section 4 - Période postnatale	25
<i>DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT</i>	26
<i>TROISIEME PARTIE : TARIFS SPECIAUX</i>	26
<i>QUATRIEME PARTIE : REMARQUES</i>	26
Modifications portées au règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°1008 du 08.11.2018, p. 1)	27
ORTHOPHONISTES	28
Règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie	29
Dispositions générales	29
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	31
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	31
Section 1 - Bilans	31
Section 2 - Rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie et du bégaiement.....	31
Section 3 - Rééducation orthophonique d'affections non cérébrales	31
Section 4 - Rééducation orthophonique dans le cadre des handicaps.....	32
<i>DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT</i>	32
<i>TROISIEME PARTIE : REMARQUES</i>	32
Modifications portées au règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°33 du 01.04.1999, p. 780)	33
LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE CLINIQUE	34
Règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie	35
Dispositions générales	35
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	37
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	37
Chapitre 1 - Chimie biologique	37
Section 1 - Sérum / Plasma / Sang	37
Section 2 - Urines.....	42
Section 3 - Liquide céphalo-rachidien	43
Section 4 - Tube digestif et selles	44
Section 5 - Liquides de ponction autres que céphalo-rachidien	44
Section 6 - Examens sur l'éjaculat	44
Section 7 - Les actes effectués personnellement par les médecins dans leur cabinet	45
Chapitre 2 - Hormones	45
Section 1 - Thyroïde	45
Section 2 - PTH - métabolisme osseux.....	45

Section 3 - Nutrition et croissance	46
Section 4 - Hormones stéroïdes.....	46
Section 5 - Hormones en gynécologie	47
Section 6 - Neuropeptides.....	47
Section 7 - Hormones de la post-hypophyse	47
Section 8 - Les actes effectués personnellement par les médecins dans leur cabinet	48
Chapitre 3 - Immunologie	48
Section 1 - Allergie	48
Section 2 - Recherche d'autoanticorps dans les maladies auto-immunes	48
Section 3 - Système du complément	54
Chapitre 4 - Médicaments, substances toxiques	54
Section 1 - Surveillance de traitements médicamenteux	54
Section 2 - Intoxications / substances toxiques	55
Chapitre 5 - Hématologie	57
Section 1 - Cytologie (sang et moelle hématopoïétique)	57
Section 2 - Cytométrie en flux et cellules souches	57
Section 3 - Hématologie chimique	58
Section 4 - Hémostase et coagulation	58
Section 5 - Groupes sanguins/Immunohématologie	59
Chapitre 6 - Microbiologie	61
Section 1 - Examens affectés d'une cotation forfaitaire	62
Section 2 - Recherche d'une bactérie nommément désignée	66
Section 3 - Actes isolés	66
Section 4 - Mycologie	67
Section 5 - Parasitologie	67
Section 6 - Sensibilité des bactéries et des champignons aux antibiotiques.....	68
Section 7 - Virologie	69
Section 8 - Biologie moléculaire.....	70
Section 9 - Les actes effectués personnellement par les médecins dans leur cabinet	76
Chapitre 7 - Sérologie infectieuse	76
Section 1 - Sérologie des infections virales	77
Section 2 - Sérologie des infections bactériennes	79
Section 3 - Sérologie des infections parasitaires	80
DEUXIEME PARTIE : PRELEVEMENTS ET DEPLACEMENTS	81
Chapitre 1 - Prélèvements.....	81
Chapitre 2 - Déplacement	81

Modifications portées au règlement grand-ducal du 30 novembre 2017 arrêtant 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°1010 du 30.11.2017, p. 1).....	82
--	-----------

PRESTATAIRES DE SOINS PALLIATIFS	83
---	-----------

Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie.....	84
--	-----------

Dispositions générales	84
-------------------------------------	-----------

Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	86
---	-----------

<i>PREMIERE PARTIE : FORFAITS.....</i>	<i>86</i>
Chapitre 1 - Prise en charge stationnaire.....	86
Chapitre 2 - Prise en charge à domicile	86

Modifications portées au règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°237 du 25.11.2016, p. 4378).....	87
---	-----------

DIETETICIENS.....	88
--------------------------	-----------

Règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services	
--	--

des diététiciens pris en charge par l'assurance maladie	89
Dispositions générales	89
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	90
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	90
Section 1 - Traitement diététique initial	90
Section 2 - Prolongation d'un traitement diététique	90
<i>DEUXIEME PARTIE : REMARQUES</i>	90
Modifications portées au règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des diététiciens pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°1115 du 11.12.2018, p. 1)	91
PSYCHOTHERAPEUTES	92
Règlement grand-ducal du 25 janvier 2023 arrêtant la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes pris en charge par l'assurance maladie	93
Dispositions générales	93
Tableau des actes et services tel que prévu à l'article 1 du présent règlement grand-ducal	94
<i>PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES</i>	94
Chapitre 1 - Séance de psychothérapie	94
Modifications portées au règlement grand-ducal du 25 janvier 2023 arrêtant la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°53 du 28.01.2023, p. 1)	95

INFIRMIERS

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

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des infirmiers ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le Code de la sécurité sociale que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante.

Les infirmiers exécutent les actes pris en charge en accord avec les règlements fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Ne peuvent être pris en charge que les actes accomplis effectivement et personnellement par l'infirmier et concernant une affection dont le traitement n'est pas exclu par les statuts de la Caisse nationale de santé.

Pour les personnes dépendantes au sens des articles 348 et 349, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale ne peuvent être mis en compte dans le cadre de la présente nomenclature que les forfaits journaliers prévus à la section 8 de la première partie de l'annexe du présent règlement. Cette disposition ne s'applique pas aux actes et services prévus à l'annexe du présent règlement et dispensés aux personnes bénéficiant exclusivement des aides et soins en vertu de l'article 354 du Code de la sécurité sociale.

Les forfaits prévus à la section 8 de la première partie de l'annexe peuvent être mis en compte par journée entière au cours de la période couverte par la décision prévue à l'article 351 du Code de la sécurité sociale. Par dérogation à la disposition qui précède le premier jour même non entier de la période prévue au présent alinéa compte pour la mise en compte du forfait. Les jours pendant lesquels la personne est admise en milieu hospitalier stationnaire ne peuvent être mis en compte, sauf pour les jours d'entrée à l'hôpital respectivement de sortie.

Ne sont pas mis en compte dans le cadre de la présente nomenclature les actes et services des infirmiers dispensés aux personnes pour lesquelles un droit aux soins palliatifs a été accordé.

L'équipement dont se servent les infirmiers pour dispenser les prestations doit être approprié et suffire aux exigences posées par les données acquises par la science.

Les actes en rapport avec des injections ou perfusions ne peuvent être pris en charge que lorsque les médicaments administrés sont à charge de l'assurance maladie ou lorsqu'il s'agit d'injections pour vaccination.

Ne sont pas mis en compte les actes effectués :

- dans les hôpitaux et dans les établissements hospitaliers spécialisés,
- dans les établissements de cures thérapeutiques et de convalescence,
- dans les cabinets médicaux.

Les actes BY001 « Prise de sang sur veine superficielle », BY002 « Prise de sang par ponction veineuse chez un enfant de moins de 6 ans » du règlement grand-ducal du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie peuvent être effectués par les infirmiers.

Art. 2.- abrogé

Tarif d'un acte

Art. 3.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61 du

Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Cumul des actes

Art. 4.- Une position comprenant plusieurs actes ne peut être scindée en ses actes la composant.

Les actes cumulables sont mis en compte à plein tarif.

Frais de location d'appareil et d'installation

Art. 5.- Le tarif des actes comprend les frais d'appareil et de l'installation, le coût de la stérilisation des instruments réutilisables, le matériel destiné à la protection et à l'hygiène ainsi que tout autre petit matériel.

Le tarif d'un acte comprend également la trousse à perfusion, les accessoires de perfusion, les seringues, les compresses, les aiguilles, les lancettes, les sets de pansements, les sets de sondage et tout dispositif nécessaire à l'accomplissement des soins prodigués.

Les médicaments et autres articles non visés par les alinéas ci-dessus sont délivrés sur prescription médicale individuelle.

Frais de déplacement

Art. 6.- Pour chaque traitement à domicile un forfait de déplacement peut être mis en compte. En cas de traitements multiples appliqués sur un patient lors d'une même séance, un seul forfait de déplacement peut être mis en compte.

Le forfait de déplacement du prestataire ne peut être mis en compte pour les traitements :

- dans les établissements d'aides et de soins au sens de l'article 390 du Code de la sécurité sociale ;
- dans les hôpitaux et dans les établissements hospitaliers spécialisés ;
- dans les établissements de cures thérapeutiques et de convalescence ;
- dans les cabinets médicaux.

Si, lors du même déplacement, l'infirmier traite plusieurs personnes de la même communauté domestique ou du même établissement, le forfait de déplacement ne peut être mis en compte que pour la personne la première traitée.

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

Tarifs

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,80132

ANNEXE A LA NOMENCLATURE DES INFIRMIERS

Cote d'application:	898,93
Valeur lettre-clé:	7,2033
Valable à partir du:	01.02.2023

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Section 1 - Prélèvements et analyses

- | | | | |
|---|------|------|-------|
| 1) Prélèvement pour analyse microbiologique | N101 | 2,55 | 18,37 |
| 2) Prélèvement et examen qualitatif des urines mi-jet par bandelette, avec enregistrement des résultats | N102 | 2,55 | 18,37 |
| 3) Prélèvement de selles pour analyses | N103 | 2,55 | 18,37 |
| 4) Prélèvement de sang capillaire pour analyse autre que la glycémie | N104 | 1,30 | 9,36 |
| 5) Prélèvement de sang capillaire et détermination de la glycémie des personnes diabétiques par glucomètre | N105 | 1,55 | 11,17 |
| 6) Prélèvement de sang veineux pour analyse effectuée au domicile de la personne protégée, en cas de nécessité médicale d'effectuer le prélèvement au domicile certifiée sur l'ordonnance du médecin prescripteur | N106 | 2,56 | 18,44 |
| 7) Bilan hydrique des entrées et sorties | N107 | 3,82 | 27,52 |

REMARQUES:

Les positions N104 et N105 ne sont pas cumulables entre elles.

Les positions N106 et N302 ne sont pas cumulables entre elles s'il s'agit du même point de ponction.

La position N107 est strictement réservée aux indications suivantes :

- insuffisance hépatique sévère,
- insuffisance rénale sévère,
- insuffisance cardiaque sévère,
- risque majeur de déshydratation.

Section 2 - Injections, perfusions, prises de sang

- | | | | |
|---|------|------|-------|
| 1) Injection par dispositif implanté | N201 | 3,07 | 22,11 |
| 2) Perfusion par dispositif implanté | N202 | 5,50 | 39,62 |
| 3) Injection intraveineuse par ponction | N203 | 3,86 | 27,80 |
| 4) Injection intraveineuse sur cathéter en place | N204 | 2,55 | 18,37 |
| 5) Mise en place d'une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée (hypodermoclyse) par gravité ou par pompe | N205 | 5,27 | 37,96 |
| 6) Enlèvement d'une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée | N206 | 1,29 | 9,29 |
| 7) Changement du flacon d'une perfusion | N207 | 2,55 | 18,37 |
| 8) Contrôle d'une perfusion de longue durée par pompe, forfait par jour | N208 | 3,82 | 27,52 |
| 9) Prélèvement de sang capillaire et détermination de la glycémie des personnes diabétiques par glucomètre et injection sous-cutanée | N209 | 2,80 | 20,17 |
| 10) Injection sous-cutanée | N210 | 1,27 | 9,15 |
| 11) Injection intramusculaire ou intradermique | N211 | 1,82 | 13,11 |
| 12) Application de collyre ou de pommade ophtalmique à domicile, forfait par jour, en phase préopératoire en vue d'une intervention relevant du domaine de la spécialité ophtalmologique et/ou en phase postopératoire pour une durée maximale de 15 jours pour une personne incapable de réaliser le geste de façon autonome | N212 | 2,55 | 18,37 |

REMARQUE:

La position N208 n'est pas cumulable à une autre position de la section 2 lors du même passage.

Section 3 - Pansements

- | | | | |
|--|------|------|-------|
| 1) Ablation de fils de suture ou d'agrafes ou redon, nettoyage et pansement avec soins de plaie simple | N301 | 3,94 | 28,38 |
| 2) Pansement pour plaies simples | N302 | 2,67 | 19,23 |
| 3) Pansement d'un doigt, d'un orteil, d'une main, d'un pied, avec bain médicamenteux préalable | N303 | 5,22 | 37,60 |
| 4) Pansement pour plaies avec dispositifs | N304 | 5,23 | 37,67 |
| 5) Pansement pour plaies multiples | N305 | 5,27 | 37,96 |
| 6) Détersion, débridement mécanique et pansement d'une plaie nécrotique, d'une lésion ulcérée ou d'une brûlure étendue | N306 | 7,81 | 56,26 |
| 7) Bandage compressif ou bas de contention pour stase veineuse ou lymphatique pour affection aiguë d'un membre | N307 | 1,27 | 9,15 |
| 8) Bandage compressif ou bas de contention pour stase veineuse ou lymphatique pour affection aiguë de deux membres | N308 | 2,55 | 18,37 |
| 9) Bain entier médicamenteux pour affection cutanée étendue | N309 | 5,09 | 36,66 |

REMARQUES:

La position N302 concerne les pansements avec soins de plaie d'un doigt, d'un orteil, d'une main, d'un pied, d'une grande articulation, d'un segment de membre, de la tête, du cou, pansement localisé du tronc.

La position N304 concerne les drains, redons, fixateurs externes, sondes, canules, stomies, port-à-cath.
 La position N305 concerne les pansements avec soins de plaie de plusieurs segments de membre, pansements multiples, grand pansement du tronc (+ de 20 cm²).
 Les positions N301, N302, N303, N305, N306 ne sont pas cumulables entre elles s'il s'agit de la même plaie.
 Les positions N106 et N302 ne sont pas cumulables entre elles s'il s'agit du même point de ponction.
 Les positions N304 et N404 ne sont pas cumulables entre elles s'il s'agit de la même plaie.
 Les positions N304 et N502 ne sont pas cumulables entre elles s'il s'agit de la même région anatomique.

Section 4 - Actes concernant l'appareil urinaire

	Code	Coeff.	Tarif
1) Cathétérisme vésical, mise en place ou changement d'une sonde à demeure	N401	4,67	33,64
2) Cathétérisme vésical avec lavage de la vessie ou irrigation vésicale	N402	5,94	42,79
3) Lavage de la vessie sur sonde à demeure en place et/ou enlèvement de la sonde à demeure	N403	1,81	13,04
4) Changement ou vidange de matériel de stomie de l'appareil urinaire	N404	3,05	21,97
5) Mise en place d'un étui pénien auto-adhésif pour incontinence, maximum 3 séances par semaine	N405	3,08	22,19

REMARQUES:

La position N402 concerne les cathéters à usage unique.
 Les positions N404 et N304 ne sont pas cumulables entre elles s'il s'agit de la même région anatomique.

Section 5 - Actes concernant l'appareil digestif

	Code	Coeff.	Tarif
1) Mise en place ou changement d'une sonde gastrique	N501	3,93	28,31
2) Changement ou vidange de matériel de stomie de l'appareil digestif	N502	3,05	21,97
3) Lavement évacuateur pour constipation neurogène ou mégacolon, maximum 2 séances par semaine	N503	3,82	27,52
4) Evacuation manuelle pour fécalome y compris lavement, maximum une fois par semaine	N504	6,36	45,81
5) Lavement évacuateur pour préparation à un examen du rectum, lavement médicamenteux non laxatif	N505	3,82	27,52
6) Branchement, débranchement et surveillance d'une nutrition entérale (forfait journalier)	N506	3,82	27,52

REMARQUES:

Les positions N502 et N304 ne sont pas cumulables entre elles s'il s'agit de la même région anatomique.
 Les positions N503 et N504 ne sont pas cumulables entre elles.

Section 6 - Lavage vaginal

	Code	Coeff.	Tarif
1) Lavage vaginal avec solution médicamenteuse en cas de pathologie infectieuse ou post-radique	N601	2,55	18,37

Section 7 - Actes concernant les voies respiratoires

	Code	Coeff.	Tarif
1) Traitement par aérosols, par séance	N701	3,82	27,52
2) Aspiration pour encombrement trachéo-bronchique chez le patient trachéotomisé	N702	2,55	18,37
3) Expectoration dirigée	N703	2,55	18,37
4) Oxygénothérapie : branchement, débranchement et surveillance (forfait par jour)	N704	3,82	27,52

Section 8 - Actes infirmiers dans le cadre de l'assurance dépendance

	Code	Coeff.	Tarif
1) Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les maisons de soins	N801	1,92	13,83
2) Forfait journalier d'actes infirmiers prestés dans les autres établissements d'aides et de soins	N802	0,96	6,92
3) Forfait journalier d'actes infirmiers pour des personnes dépendantes à domicile prises en charge par les réseaux généralistes, indemnité de déplacement incluse	N803	2,20	15,85
4) Forfait journalier d'actes infirmiers pour des personnes dépendantes à domicile prises en charge par les réseaux et les établissements relevant du secteur handicap, indemnité de déplacement incluse	N804	0,60	4,32
5) Tarifs spéciaux : Forfait journalier pour mesures de surveillance médicale accrue temporaire dans le cadre de l'épidémie COVID-19 pour des patients symptomatiques avec signes cliniques de gravité dans les établissements d'aides et de soins	N845	28,00	201,69

Section 9 - Mesures de paramètres en cas de surveillance médicale accrue temporaire

	Code	Coeff.	Tarif
1) Forfait de 1-2 passages par jour	N901	1,27	9,15
2) Forfait de 3-4 passages par jour	N902	2,55	18,37
3) Forfait pour un minimum de 5 passages par jour	N903	3,82	27,52

REMARQUES:

Concerne la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la pression artérielle, la température, la saturation en oxygène, la glycémie ou l'évaluation de la douleur par échelle.
 Les positions de la section 9 ne sont pas cumulables entre elles.

Section 10 - Mesures de décontamination

	Code	Coeff.	Tarif
1) Forfait unique pour procédure de décontamination pour patient atteint de gale (y compris masques, surblouses, surchaussures et gants)	ND01	20,00	144,07

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

1) Forfait déplacement

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
NF01	1,11	8,00

Modifications portées au règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°123 du 31.12.1998, p. 3386)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2000 modifiant le règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°143 du 29.12.2000, p. 3366)

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 22 novembre 2016 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°237 du 25.11.2016, p. 4379)

Règlement grand-ducal du 6 décembre 2017 portant modification du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1034 du 07.12.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 29 avril 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des infirmiers pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°343 du 29.04.2020, p. 1)

MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le Code de la sécurité sociale que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante.

Les masseurs-kinésithérapeutes exécutent les actes pris en charge en accord avec le règlement fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Ne peuvent être pris en charge que les actes accomplis effectivement et personnellement par le prestataire sur base d'une ordonnance médicale valide.

Tarif d'un acte

Art. 2.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Cumuls des actes

Art. 3.- Pour chaque séance de kinésithérapie, il ne peut être mis en compte qu'un seul acte de la nomenclature, à l'exclusion du forfait de déplacement.

En cas de traitement de plusieurs affections différentes et indépendantes l'une de l'autre, les traitements pourront se faire de façon alternante ou successive avec mise en compte d'une seule séance par jour, à l'exception de la rééducation respiratoire qui peut être cumulée avec une deuxième séance le même jour.

Frais de location d'appareil et d'installation

Art. 4.- Le tarif des actes comprend les frais d'appareil, de matériel et d'installation du prestataire.

Bilan

Art. 5.- Le bilan constitue un acte isolé prescrit en dehors d'un traitement de kinésithérapie. Le bilan comporte obligatoirement:

- l'évaluation initiale des déficiences par rapport aux aspects suivants: ostéo-articulaire, musculaire, neurologique, vasculaire, cutané, respiratoire et psycho-moteur
- l'évaluation initiale des incapacités et des aptitudes gestuelles, réalisation des gestes de la vie courante et de la vie professionnelle
- la fixation des objectifs à atteindre
- l'élaboration du plan de traitement
- le choix des techniques et des actes figurant dans la nomenclature.

Frais de déplacement

Art. 6.- Pour chaque traitement à domicile, un forfait de déplacement peut être mis en compte. En cas de traitement de plusieurs affections différentes et indépendantes l'une de l'autre, un seul forfait de déplacement peut être mis en compte, lorsque les traitements sont appliqués successivement lors d'un même passage.

Si lors du même déplacement, le masseur-kinésithérapeute traite plusieurs personnes de la même communauté domestique ou du même établissement, le forfait de déplacement ne peut être mis en compte que pour la personne la première traitée.

Le forfait de déplacement ne peut être mis en compte par le prestataire pour les traitements délivrés dans les établissements d'aides et de soins à séjour continu (article 390, alinéa 1 du Code de la sécurité sociale), dans les établissements d'aides et de soins à séjour intermittent (art. 391, al. 1 du CSS) et dans les centres semi-stationnaires (article 389, alinéa 2 du Code de la sécurité sociale).

Limitation de la prise en charge

Art. 7.- Aucun acte de la nomenclature ne peut être mis en compte pour un patient traité dans un établissement hospitalier au sens de la loi modifiée du 28 août 1998 sur les établissements hospitaliers.

Majoration des actes

Art. 8.- Le tarif des actes de rééducation respiratoire dont l'accomplissement est prescrit, pour des raisons médicales, le samedi, le dimanche ou un jour férié légal est majoré de 25%. Sur le mémoire d'honoraires le code de l'acte est complété par "T" si l'acte est presté le samedi, par "D" si l'acte est presté un dimanche, par "F" si l'acte est presté un jour férié légal.

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

Tarifs

ANNEXE

**NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES
MASSEURS-KINESITHERAPEUTES**

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

1) Rééducation orthopédique simple

REMARQUE:

Rééducation d'une seule articulation parmi les articulations suivantes:

- Épaule
- Coude
- Poignet
- Articulations métacarpiennes et/ou phalangiennes de la main
- Hanche
- Genou
- Cheville
- Articulations métacarpiennes et/ou phalangiennes du pied
- Articulations sacro-iliaques
- Articulations temporo-mandibulaires
- Articulations sterno-costales et/ou claviculo-sternales

2) Rééducation orthopédique complexe

REMARQUE:

Rééducation du tronc ou de plusieurs articulations mentionnées sous 1)

3) Rééducation respiratoire

4) Rééducation du plancher pelvien

5) Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant un seul membre

6) Rééducation concernant une pathologie d'origine neurologique affectant plusieurs membres et/ou le tronc

7) Drainage lymphatique manuel d'un membre

8) Drainage lymphatique manuel de plusieurs membres

9) Bilan

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

1) Frais de déplacement

Valeur lettre-clé à indice 100: 4,54567		
Cote d'application:		898,93
Valeur lettre-clé:		40,8624
Valable à partir du:		01.02.2023
Code	Coeff.	Tarif
ZK10	1,00	40,86
ZK11	1,20	49,03
ZK12	1,00	40,86
ZK13	1,00	40,86
ZK14	1,00	40,86
ZK15	1,20	49,03
ZK16	1,00	40,86
ZK17	1,20	49,03
ZB10	1,20	49,03
ZD10	0,30	12,26

Modifications portées au règlement grand-ducal du 14 décembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A - N°260 du 19.12.2016, p. 4637)

REEDUCATEURS EN PSYCHOMOTRICITE

Règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des rééducateurs en psychomotricité ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le code des assurances sociales que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante.

Les rééducateurs en psychomotricité exécutent les actes pris en charge en accord avec les règlements fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Ne peuvent être pris en charge que les actes accomplis effectivement et personnellement par le prestataire et concernant une affection dont le traitement n'est pas exclu par les statuts de l'union des caisses de maladie.

L'équipement dont se servent les rééducateurs en psychomotricité pour dispenser les prestations doit être approprié et suffire aux exigences posées par les données acquises par la science.

Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 2.- Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical.

Ces actes sont signalés par les lettres APCM (autorisation préalable du contrôle médical requise) ou les lettres ACM (autorisation du contrôle médical requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée, en ce qui concerne le prestataire, par la convention prévue à l'article 61 du code des assurances sociales et, en ce qui concerne la personne protégée, par les statuts de l'union des caisses de maladie.

Pour les actes inscrits à la section 2 de la première partie de l'annexe, l'accord initial du contrôle médical ne peut se faire que sur la vue du bilan Y11 prévu à la section 1 de la première partie de l'annexe. En cas de traitement de longue durée le contrôle médical peut exiger un bilan intermédiaire (Y12).

Tarif d'un acte

Art. 3.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61 du code des assurances sociales.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Cumul des actes

Art. 4.- Une position comprenant plusieurs actes ne peut être scindée en ses actes la composant.

Ne peut être mise en compte qu'une seule position par séance et par jour.

Frais de location d'appareil et d'installation

Art. 5.- Le tarif des actes comprend les frais d'appareil, de matériel et d'installation du prestataire.

Exécution des actes

Art. 6.- La durée minimale de la séance est fixée à 30 minutes pour le traitement de troubles psychomoteurs et à 45 minutes pour le traitement de relaxation.

Frais de déplacement

Art. 7.- Les frais de déplacement comprennent l'indemnité de déplacement et les frais de voyage par kilomètre.

Les frais de voyage par kilomètre ne peuvent être mis en compte que pour un déplacement à l'extérieur de la localité où le prestataire a établi son cabinet et à l'intérieur de celle-ci, si le déplacement dépasse un kilomètre. Toutefois, les frais de voyage mis en compte ne peuvent dépasser les frais correspondant à la distance effectivement parcourue.

Les frais de déplacement du prestataire ne peuvent être pris en charge que pour les traitements dont l'accomplissement au domicile de la personne protégée est prescrit par le médecin. Sont exclus de la prise en charge les frais de déplacement occasionnés par les traitements

- en milieu hospitalier
- dans les maisons de soins,
- dans les centres pour personnes handicapées,
- dans les centres de cure et de réadaptation fonctionnelle.

Si lors du même déplacement le prestataire traite plusieurs personnes de la même communauté domestique ou du même établissement, les frais de déplacement ne peuvent être mis en compte que pour la personne la première traitée.

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

Tarifs

ANNEXE:

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Section 1 - Bilans

- 1) Premier examen et bilan psychomoteur avant traitement, rapport avec plan de traitement compris, d'une durée minimale de 1 heure
- 2) Bilan intermédiaire en cas de traitement de longue durée, rapport avec plan de traitement compris; à la demande du contrôle médical

Section 2 - Rééducation psychomotrice

- 1) Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 30 minutes (préparation comprise); APCM
- 2) Rééducation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 60 minutes (préparation comprise); APCM
- 3) Rééducation psychomotrice, traitement collectif, deux enfants, par enfant; APCM
- 4) Rééducation psychomotrice, traitement collectif, trois enfants, par enfant; APCM
- 5) Rééducation psychomotrice, traitement collectif, quatre enfants, par enfant; APCM
- 6) Rééducation psychomotrice complexe en cas de psychose grave, d'arriération profonde ou de déambulation gravement troublée; APCM

Section 3 - Relaxation psychomotrice

- 1) Relaxation psychomotrice, traitement individuel d'une durée de 45 minutes (préparation comprise); APCM

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

- 1) Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM
- 2) Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM
- 3) Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte officielle des distances

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,43569		
Cote d'application:		898,93
Valeur lettre-clé:		3,9165
Valable à partir du:		01.02.2023
Code	Coeff.	Tarif
Y11	20,00	78,33
Y12	5,00	19,58
Y21	11,00	43,08
Y22	20,00	78,33
Y32	5,00	19,58
Y33	3,00	11,75
Y34	2,00	7,83
Y41	14,00	54,83
Y51	13,50	52,87
YD1	1,41	5,52
YD2	2,06	8,07
YD9	0,41	1,61

Modifications portées au règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des rééducateurs en psychomotricité pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°33 du 01.04.1999, p. 781)

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)

SAGES-FEMMES

Règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge des actes et services

Art. 1er.- Les actes et services des sages-femmes ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le Code de la sécurité sociale que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante.

Les sages-femmes exécutent les actes pris en charge en accord avec les règlements fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Ne peuvent être pris en charge que les actes accomplis effectivement et personnellement par le prestataire et ceci uniquement en milieu extra-hospitalier.

L'équipement dont se servent les prestataires pour dispenser les prestations doit être approprié et suffire aux exigences posées par les données acquises par la science.

Tarif d'un acte

Art. 2.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Cumul des actes

Art. 3.- Une position comprenant plusieurs actes ne peut être scindée en ses actes la composant.

Aucun cumul entre les différents actes de la présente nomenclature n'est possible à l'exception des actes de la section 3 « Accouchement ». La prestation de l'acte VSF64 pendant la période prévue pour les forfaits VSF61 et VSF62 n'est pas considérée comme un cumul d'actes et est dès lors possible dans le cadre de la prise en charge par l'assurance maladie-maternité.

Frais de location d'appareil et d'installation

Art. 4.- Le tarif des actes comprend les frais d'appareil, de matériel et d'installation du prestataire.

Obligation de documentation

Art. 5.- Dans le cadre des actes prévus pour la période prénatale, les sages-femmes inscrivent leurs observations et remarques dans le carnet de maternité de la personne traitée, afin d'assurer la continuité de prise en charge globale de celle-ci.

Dans le cadre des actes prévus pour la période post-natale, les sages-femmes inscrivent leurs observations et remarques dans le carnet de santé de l'enfant, afin d'assurer la continuité de prise en

charge globale de celui-ci.

Frais de déplacement

Art. 6.- Les frais de déplacement comprennent l'indemnité de déplacement et les frais de voyage par kilomètre.

Les frais de voyage par kilomètre ne peuvent être mis en compte que pour un déplacement à l'extérieur de la localité où le prestataire a établi son cabinet et à l'intérieur de celle-ci, si le déplacement dépasse un kilomètre. Toutefois, les frais de voyage mis en compte ne peuvent dépasser les frais correspondant à la distance effectivement parcourue.

Les frais de déplacement du prestataire ne peuvent être pris en charge pour les traitements accomplis en milieu hospitalier.

Si, lors du même déplacement, la sage-femme traite plusieurs personnes de la même communauté domestique, les frais de déplacement ne peuvent être mis en compte que pour la personne la première traitée.

Majoration des actes

Art. 7.- Le tarif des actes de la première partie de l'annexe, à l'exception des positions VSF61 et VSF62, accomplis le samedi après 12.00 heures, le dimanche, un jour férié légal ou entre 20.00 et 22.00 heures, est majoré de 25 %. Sur le mémoire d'honoraires le code de l'acte est complété par « T » si l'acte est presté le samedi après 12.00 heures, par « D » si l'acte est presté un dimanche, par « F » si l'acte est presté un jour férié légal et par « G » si l'acte est presté entre 20.00 et 22.00 heures.

Le tarif des actes de la première partie de l'annexe, à l'exception des positions VSF61 et VSF62 accomplis entre 22.00 et 7.00 heures est majoré de 50 %. Sur le mémoire d'honoraires le code de l'acte est complété par « N ».

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

Tarifs

Valeur lettre-clé à indice 100: 0,56172

ANNEXE:

Cote d'application:	898,93
Valeur lettre-clé:	5,0495
Valable à partir du:	01.02.2023

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Section 1 - Santé sexuelle et planification familiale

- 1) Consultation de prévention pour l'éducation sexuelle et familiale, durée minimale de 30 minutes, maximum 2 fois par an

VSF01	8,70	43,93
-------	------	-------

Section 2 - Période prénatale

- 1) Surveillance et réalisation de soins obstétricaux au cours d'une grossesse physiologique
 2) Surveillance et réalisation de soins obstétricaux, y compris cardiocogramme, au cours d'une grossesse physiologique avant 40 SA, maximum 2 fois par grossesse
 3) Surveillance et réalisation de soins obstétricaux, y compris cardiocogramme, au cours d'une grossesse physiologique à partir de 40 SA
 4) Surveillance et réalisation de soins obstétricaux au cours d'une grossesse pathologique, sur ordonnance médicale
 5) Surveillance et réalisation de soins obstétricaux, y compris cardiocogramme, au cours d'une grossesse pathologique, sur ordonnance médicale
 6) Consultation au cours de la grossesse conformément au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale
 7) Entretien prénatal à domicile, durée minimale de 60 minutes, maximum 1 entretien par grossesse
 8) 1ère séance de préparation à la naissance et à la parentalité, individuelle ou en couple, durée minimale de 60 minutes
 9) Séance supplémentaire de préparation à la naissance et à la parentalité, individuelle ou en couple, durée minimale de 60 minutes
 10) Séance supplémentaire de préparation à la naissance et à la parentalité, en groupe de 2 ou 3 patientes ou couples, durée minimale de 60 minutes
 11) Séance supplémentaire de préparation à la naissance et à la parentalité, en groupe de 4 ou 6 patientes ou couples, durée minimale de 60 minutes
 12) Séance de préparation à la naissance et à la parentalité, individuelle ou en couple, à domicile, en cas de grossesse pathologique, sur ordonnance médicale, durée minimale de 60 minutes, maximum 6 séances par grossesse

VSF11	6,50	32,82
VSF12	16,00	80,79
VSF13	16,00	80,79
VSF14	6,50	32,82
VSF15	16,00	80,79
VSF16	13,00	65,64
VSF21	15,00	75,74
VSF22	15,00	75,74
VSF23	13,00	65,64
VSF24	10,50	53,02
VSF25	5,25	26,51
VSF26	15,00	75,74

REMARQUE:

- 1) La CNS prend en charge 6 séances maximum d'actes VSF22 à VSF25 par grossesse.

Section 3 - Accouchement

- 1) Accouchement céphalique unique par voie naturelle pour un accouchement extrahospitalier
 2) Surveillance du travail par une sage-femme pour un accouchement extrahospitalier
 3) Surveillance du travail par une sage-femme, n'effectuant pas l'accouchement en raison de complications au cours du travail pour un accouchement extrahospitalier
 4) Forfait « consommables » pour un accouchement extrahospitalier

VSF41	80,00	403,96
VSF42	130,00	656,44
VSF43	100,00	504,95
VSF44	24,00	121,19

Section 4 - Période postnatale

- 1) Forfait pour soins post-partum à domicile, portant sur une durée de 15 jours après la naissance de l'enfant, indemnité de déplacement comprise
 2) Forfait pour soins post-partum complexes à domicile, portant sur une durée de 21 jours après la naissance de l'enfant, indemnité de déplacement comprise
 3) Intervention au cours du post-partum ou pendant la période de l'allaitement, sur ordonnance médicale, en dehors du forfait prévu sous VSF61 et VSF62, en cas de pathologie
 4) Consultation au cours du post-partum conformément au règlement grand-ducal modifié du 27 juillet 2016 portant exécution de certaines dispositions du Livre IV du Code de la sécurité sociale
 5) Première intervention, en dehors du forfait prévu sous VSF61 et VSF62, en cas de difficultés d'allaitement ou d'alimentation du nourrisson de moins de 9 mois
 6) Interventions suivantes, en dehors du forfait prévu sous VSF61 et VSF62, en cas de difficultés d'allaitement ou d'alimentation du nourrisson de moins de 9 mois, maximum 2 interventions
 7) Rééducation périnéale en post-partum, maximum 8 séances

VSF61	36,00	181,78
VSF62	60,00	302,97
VSF63	6,50	32,82
VSF64	13,00	65,64
VSF71	13,00	65,64
VSF72	6,50	32,82
VSF81	7,90	39,89

REMARQUE:

- 1) Les situations éligibles à la prise en charge de l'acte VSF62 sont :
 - Les primipares, sur ordonnance,

- En cas de naissances multiples,
- En cas d'accouchement prématuré,
- En cas de césarienne,
- En cas de mort in utero,
- En cas de sortie précoce de l'hôpital le jour ou le lendemain de l'accouchement.

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

	<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
1) Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange)	SD1	1,10	5,55
2) Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange	SD2	1,61	8,13
3) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 20 et 22h, le samedi après 12h, le dimanche ou un jour férié légal (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange)	SD4	1,35	6,82
4) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 20 et 22h, le samedi après 12h, le dimanche ou un jour férié légal dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange	SD5	2,00	10,10
5) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 22 et 7h (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange)	SD6	1,64	8,28
6) Indemnité de déplacement pour urgence demandé et fait entre 22 et 7h dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange	SD7	2,42	12,22
7) Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte officielle des distances	SD9	0,32	1,62

TROISIEME PARTIE : TARIFS SPECIAUX

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	S45	6,00	30,30
--	-----	------	-------

QUATRIEME PARTIE : REMARQUES

1) 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 :

- L'acte S14 lorsque le praticien estime que les circonstances entourant la réalisation de l'acte en téléconsultation le permettent ;
 - L'acte S45 dans le cadre du suivi autonome de la sage-femme, lorsque le praticien estime que les circonstances entourant la réalisation de l'acte en téléconsultation le permettent, tant pendant le suivi de la grossesse ainsi que pendant la période post-natale, en dehors de toute prise en charge forfaitaire ;
 - Le recours à la téléconsultation ne peut se faire que pour des patientes dont la prise en charge ou le traitement ont déjà été initiés en présentiel ;
 - 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 professionnel de santé reste requise.
- 2) Dans le cadre d'un retour à domicile anticipé, c'est-à-dire pour une sortie de moins de 48 heures après la naissance de l'enfant, le médecin traitant peut prescrire le forfait S26 pour permettre d'assurer la continuité de la prise en charge en dehors du milieu hospitalier.

Modifications portées au règlement grand-ducal du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°1008 du 08.11.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 18 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°169 du 19.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 15 décembre 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1002 du 16.12.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 29 décembre 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 27 octobre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des sages-femmes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°944 du 29.12.2021, p. 1)

ORTHOPHONISTES

Règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des orthophonistes ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le Code des assurances sociales que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante. Ne relèvent pas de la présente nomenclature les actes concernant les troubles du langage d'origine congénitale ou périnatale pour autant qu'il existe une prise en charge par un service spécialisé financé par l'Etat ainsi que les actes destinés à traiter les troubles du langage causés et conditionnés par les exigences de l'instruction scolaire ainsi que les bilans y relatifs.

Les orthophonistes exécutent les actes pris en charge en accord avec les règlements fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Ne peuvent être mis en compte à charge de la caisse de maladie que les actes accomplis effectivement et personnellement par le prestataire.

L'équipement dont se servent les orthophonistes pour dispenser les prestations doit être approprié et suffire aux exigences posées par les données acquises par la science. Le traitement doit s'effectuer dans une langue véhiculaire commune au patient et à l'orthophoniste.

Autorisation par le contrôle médical de la sécurité sociale

Art. 2.- Certains actes ne peuvent être pris en charge qu'après avoir été autorisés par le contrôle médical.

Ces actes sont signalés par les lettres APCM (autorisation préalable du contrôle médical requise) ou les lettres ACM (autorisation du contrôle médical requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte. La procédure à suivre pour obtenir cette autorisation est réglée, en ce qui concerne le prestataire, par la convention prévue à l'article 61 du code des assurances sociales et, en ce qui concerne la personne protégée, par les statuts de l'union des caisses de maladie.

L'accord du contrôle médical prévu aux sections 2 et 3 de la première partie de l'annexe ne peut être obtenu que sur présentation des bilans prévus à la 1ère section ou sur présentation du bilan dans le cadre du traitement de l'aphasie.

Tarif d'un acte

Art. 3.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61 du code des assurances sociales.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Cumul des actes

Art. 4.- Une position comprenant plusieurs actes ne peut être scindée en ses actes la composant.

Ne peut être mise en compte qu'une seule position par séance et par jour.

Frais de location d'appareil et d'installation

Art. 5.- Le tarif des actes comprend les frais d'appareil, de matériel et d'installation du prestataire.

Exécution des actes

Art. 6.- La durée minimale de la séance individuelle est fixée à 30 minutes (temps de préparation non compris).

En cas de traitement orthophonique en groupe la durée minimale est de 60 minutes pour 2 patients et de 75 minutes pour 3 patients. La mise en compte est à faire individuellement sans réduction.

Frais de déplacement

Art. 7.- Les frais de déplacement comprennent l'indemnité de déplacement et les frais de voyage par kilomètre.

Les frais de voyage par kilomètre ne peuvent être mis en compte que pour un déplacement à l'extérieur de la localité où le prestataire a établi son cabinet et à l'intérieur de celle-ci, si le déplacement dépasse un kilomètre. Toutefois, les frais de voyage mis en compte ne peuvent dépasser les frais correspondant à la distance effectivement parcourue.

Les frais de déplacement du prestataire ne peuvent être pris en charge que pour les traitements dont l'accomplissement au domicile de la personne protégée est prescrit par le médecin. Sont exclus de la prise en charge les frais de déplacement occasionnés par les traitements

- en milieu hospitalier (sauf si un seul malade est traité),
- dans les maisons de soins (sauf si un seul malade est traité),
- dans les centres pour personnes handicapées (sauf si un seul malade est traité),
- dans les centres de cure et de réadaptation fonctionnelle.

Si lors du même déplacement le prestataire traite plusieurs personnes de la même communauté domestique ou du même établissement, les frais de déplacement ne peuvent être mis en compte que pour la personne la première traitée.

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

Tarifs

Valeur lettre-clé à indice 100: 1,41608

ANNEXE:

Cote d'application:	898,93
Valeur lettre-clé:	12,7296
Valable à partir du:	01.02.2023

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Section 1 - Bilans

- 1) Premier examen et bilan orthophonique avant traitement, rapport et plan de traitement en rapport avec les positions Q25, Q28, Q31 à Q34, Q36, Q37 et Q41 à Q45
- 2) Bilan intermédiaire en cas de traitement de longue durée, rapport et plan de traitement; à la demande du contrôle médical

Code	Coeff.	Tarif
Q11	6,00	76,38
Q12	2,00	25,46

Section 2 - Rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie et du bégaiement

- 1) Exploration et traitement de l'aphasie et/ou de la dysarthrie, après affection cérébrale aiguë, première série de maximum dix séances, avec rapport à la fin de cette série de séances
- 2) Rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie après affection cérébrale aiguë, premiers six mois de l'affection
- 3) Rééducation de l'aphasie et/ou de la dysarthrie après affection cérébrale aiguë, à partir du 7e mois de l'affection; APCM
- 4) Rééducation orthophonique de la dysarthrie et/ou de troubles de la déglutition par atteinte chronique et évolutive de noyaux gris centraux (Parkinson, SLA, SEP,...) ou par myopathie
- 5) Rééducation orthophonique du bégaiement, après l'âge de 4 ans, sur présentation d'un avis pédo-psychiatrique ou psychiatrique; APCM

Q21	6,00	76,38
Q22	6,00	76,38
Q23	6,00	76,38
Q25	5,00	63,65
Q28	5,00	63,65

Section 3 - Rééducation orthophonique d'affections non cérébrales

- 1) Rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 7 ans pour dyslalie universelle; APCM
- 2) Rééducation orthophonique de l'enfant après l'âge de 5 ans et avant l'âge de 18 ans pour troubles fonctionnels de la déglutition et/ou pour troubles orthodontiques, maximum 10 séances
- 3) Rééducation de la déglutition et/ou de la mastication après chirurgie mutilante, radiothérapie ou traumatisme grave bucco-pharyngo-laryngé
- 4) Rééducation orthophonique pour dysfonction pathologique grave vélo-pharyngienne, maximum 20 séances
- 5) Rééducation orthophonique pour division palatine
- 6) Rééducation pour dysphonie dysfonctionnelle, maximum 10 séances
- 7) Rééducation orthophonique de lésions organiques des cordes vocales (parésie incluse); (APCM pour plus de 12 séances en cas de troubles persistants objectivités par endoscopie)
- 8) Apprentissage des voix de substitution après laryngectomie
- 9) Traitement orthophonique des troubles du développement du langage et de la parole consécutifs à une hypoacousie de l'enfant après l'âge de 4 ans et avant l'âge de 12 ans (perte auditive, sur la meilleure oreille, supérieure à 30 dB en moyenne pour les fréquences 500/1000/2000 Hz), pour autant que l'enfant ne suit pas un traitement parallèle dans un service spécialisé
Une première série de 30 séances est renouvelable après bilan intermédiaire par séries de 20 séances.
- 10) Apprentissage de la lecture labiale et acoupédie audioprothétique en cas d'hypoacousie sévère acquise après l'âge de 14 ans, sur avis technique du service audiophonologique
- 11) Rééducation de l'ouïe après implant cochléaire pour surdité, pour autant que l'enfant ne suit pas un traitement parallèle dans un service spécialisé

Q31	4,00	50,92
Q32	4,00	50,92
Q33	5,00	63,65
Q34	5,00	63,65
Q35	5,00	63,65
Q36	5,00	63,65
Q37	5,00	63,65
Q41	5,00	63,65
Q44	6,00	76,38
Q45	6,00	76,38
Q46	6,00	76,38

REMARQUES:

- 1) Ces positions ne concernent pas les troubles articulatoires isolés, les troubles psychiques, les troubles physiologiques (trouble hormonal, mue de la voix, état général altéré, sénescence).
- 2) La dyslalie universelle (Q31) concerne les cas où:
 - les phonèmes concernés ne sont jamais prononcés ou sont substitués systématiquement
 - les troubles articulatoires doivent toucher au moins deux des groupes phonémiques en dehors du phonème "sch"
 - il n'y a pas d'autre trouble associé
- 3) La prescription de l'acoupédie audioprothétique ne peut être autorisée que
 - si toutes les possibilités d'appui technique de l'audition ont été épuisées.
 - si malgré cela l'indice vocal calculé comme moyenne des performances de compréhension auditive aux intensités de sollicitation de 50/65/80db SPL, en champ libre et en milieu calme est inférieur à 70%.
- 4) La prescription de l'apprentissage de la lecture labiale ne peut être autorisée que
 - si en audition appareillée, l'indice vocal, calculé comme ci-dessus, est inférieur à 70%
 - si la perte auditive est inappareillable.

Section 4 - Rééducation orthophonique dans le cadre des handicaps

- 1) Traitement orthophonique des troubles du langage dans le cadre d'un handicap mental d'origine génétique (ex: trisomie 21, syndrome de Pierre Robin, syndrome de Rett, syndrome de l'X fragile...). Une première série de 30 séances est renouvelable après bilan intermédiaire par séries de 20 séances.

DEUXIEME PARTIE : FRAIS DE DEPLACEMENT

- 1) Indemnité de déplacement (sauf villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange), ACM
2) Indemnité de déplacement dans les villes de Luxembourg, Esch-sur-Alzette, Differdange ou Dudelange, ACM
3) Frais de voyage par kilomètre parcouru d'après la carte officielle des distances

TROISIEME PARTIE : REMARQUES

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 actes Q22 à Q44, et Q51 lorsque le professionnel de santé 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 dont la prise en charge ou le traitement ont déjà été initiés en présentiel ;
- 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 professionnel de santé reste requise.

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
Q51	6,00	76,38
QD1	0,42	5,35
QD2	0,62	7,89
QD9	0,12	1,53

Modifications portées au règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°33 du 01.04.1999, p. 780)

Règlement grand-ducal du 21 décembre 1999 portant modification du règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°149 du 28.12.1999, p. 2931)

Règlement grand-ducal du 29 juin 2001 modifiant le règlement grand-ducal du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°83 du 18.07.2001, p. 1736)

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 5 mars 2007 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°37 du 15.03.2007, p. 749)

Règlement grand-ducal du 15 décembre 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 19 mars 1999 concernant la nomenclature des actes et services des orthophonistes pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1003 du 16.12.2020, p. 1)

**LABORATOIRES
D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE
CLINIQUE**

Règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des laboratoires ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le code de la sécurité sociale que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante.

Les laboratoires dans lesquels sont effectuées des analyses de biologie médicale doivent répondre aux conditions prévues dans la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

Art. 2.- Les médecins effectuant personnellement et dans leur cabinet des analyses de pratique courante ne peuvent mettre en compte que les analyses figurant sur la liste limitative prévue à l'article 6 de la loi modifiée du 16 juillet 1984 relative aux laboratoires d'analyses médicales.

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.

Ces actes sont signalés par les lettres APCM (autorisation préalable du contrôle médical requise) ou les lettres ACM (autorisation du contrôle médical requise), suivant que cette autorisation doit ou non précéder l'accomplissement de l'acte.

Tarif d'un acte

Art. 4.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61 du code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euro. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euro.

Les tarifs comprennent les frais d'appareils, de matériel, d'installation et de main d'œuvre.

Frais de déplacement

Art. 5.- Le forfait de déplacement peut être mis en compte pour chaque déplacement à domicile du patient en vue d'un prélèvement.

Le forfait de déplacement du prestataire ne peut être mis en compte pour les prélèvements

- dans les établissements d'aides et de soins au sens de l'article 390 du code de la sécurité sociale ;
- dans les établissements hospitaliers ;
- dans les cabinets de médecins ou autres prestataires de soins de santé visés par une des conventions prévue à l'article 61 du code de la sécurité sociale ;
- dans les dispensaires et centres communaux.

Si lors du même déplacement le prestataire effectue des prélèvements sur plusieurs personnes de la même communauté domestique, le forfait de déplacement ne peut être mis en compte que pour

la personne la première traitée.

Prise de sang et autres prélèvements

Art. 6.- Les personnes autorisées à faire des prélèvements doivent respecter les limitations des attributions fixées par la loi et les règlements qui leur sont spécifiquement applicables.

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

**NOMENCLATURE DES LABORATOIRES D'ANALYSES MEDICALES
ANNEXE**

Valeur lettre-clé: 0,31391
Valable à partir du: 01.01.2021

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1 - Chimie biologique

Section 1 - Sérum / Plasma / Sang

Sous-section 1 - Glucides et lipides

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
1) Glucose	BC001	7,00	2,20	Non cumulable avec BC002, BC003, BC004, BC005.		
2) Glucose, plusieurs déterminations par jour, par glycémie	BC002	7,00	2,20	Maximum 4. Non cumulable avec BC001, BC003, BC004, BC005.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
3) Hyper ou hypoglycémie provoquée, 3 heures	BC003	32,00	10,05	Non cumulable avec BC001, BC002, BC004, BC005, BC211.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
4) Hyper ou hypoglycémie provoquée, 2 heures	BC004	25,00	7,85	Non cumulable avec BC001, BC002, BC003, BC005, BC211.		Recommandation OMS. Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
5) Hyperglycémie provoquée, dosage à jeun et un dosage après 60 minutes	BC005	18,00	5,65	Non cumulable avec BC001, BC002, BC003, BC004, BC211.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
6) HbA1c, hémoglobine glyquée	BC006	30,00	9,42	Non cumulable avec BC007.	4 x par an (année civile) - suivi patient diabétique. 2 x par an - dans le cadre d'un dépistage.	
7) Fructosamine (ou autre protéine glyquée)	BC007	30,00	9,42	Non cumulable avec BC006.	Patient diabétique avec variant de l'hémoglobine ou femme enceinte diabétique.	
8) Test de résorption du lactose (recherche d'un déficit en lactase)	BC009	25,00	7,85			
9) Triglycérides	BC012	7,00	2,20			
10) Cholestérol total	BC013	7,00	2,20			
11) Cholestérol HDL	BC014	14,00	4,39	Non cumulable avec BC017 et BC018.		
12) Cholestérol LDL, dosage du LDL cholestérol	BC015	20,00	6,28	Non cumulable avec BC017 et BC018.	Uniquement si BC012 pas prescrit ou si BC012 >= 3,9 mmol/l (>= 340 mg/dl).	A l'exclusion des méthodes de calcul.
13) Apolipoprotéine A1	BC017	25,00	7,85	Non cumulable avec BC014 et BC015.		
14) Apolipoprotéine B	BC018	25,00	7,85	Non cumulable avec BC014 et BC015.		
15) Lp (a) - Lipoprotéine (a)	BC020	25,00	7,85		Prise en charge: un seul dosage au cours de la vie d'un assuré.	
<i>Sous-section 2 - Protéines</i>						
1) Fibromètre V ou Fibrotest®	BC025	130,00	40,81		Uniquement en cas d'hépatite C chronique isolée, non traitée et sans	Ce code ne comprend que le calcul, les dosages des analyses intervenant

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
					comorbidité.	dans le calcul sont à porter en compte en supplément.
2)	Protéines totales	BC026	7,00	2,20	Non cumulable avec BC027.	
3)	Electrophorèse des protéines et protéines totales	BC027	30,00	9,42	Non cumulable avec BC026, BC063, BC064.	
4)	Recherche et typage d'une dysglobulinémie monoclonale	BC028	110,00	34,53		A mentionner explicitement sur la prescription.
5)	IgA - immunoglobulines A	BC033	25,00	7,85		
6)	IgM - immunoglobulines M	BC034	25,00	7,85		
7)	IgG - immunoglobulines G	BC035	25,00	7,85		
8)	IgG - sous-classes 1 à 4	BC036	190,00	59,64		
9)	Chaînes légères libres kappa et lambda avec calcul du rapport	BC039	180,00	56,50	Non cumulable avec BC267.	Uniquement dans le cadre du suivi d'une amyloïdose primaire, de myélome à chaînes légères ou de myélome non sécrétant.
10)	CRP - Protéine C réactive, dosage	BC042	14,00	4,39	Maximum 2 de: BC042, BC045, BC048, BC052.	
11)	Acide hyaluronique	BC043	75,00	23,54		Uniquement dans le cadre du Fibromètre V ou Fibrotest®.
12)	Alpha-1-antitrypsine (alpha-1-protéase inhibiteur)	BC045	30,00	9,42	Maximum 2 de: BC042, BC045, BC048, BC052.	
13)	Alpha-2-macroglobuline	BC046	25,00	7,85		Uniquement en cas de cirrhose ou de suivi d'un diabète et dans le cadre du Fibromètre V ou Fibrotest®.
14)	Bêta-2-microglobuline	BC047	35,00	10,99		
15)	Alpha -1- glycoprotéine acide, orosomucoïde	BC048	30,00	9,42	Maximum 2 de: BC042, BC045, BC048, BC052.	
16)	Haptoglobine	BC052	20,00	6,28	Maximum 2 de: BC042, BC045, BC048, BC052.	
17)	Céruleplasmine	BC053	30,00	9,42		
18)	Myoglobine	BC055	35,00	10,99		Uniquement réservé à l'exploration d'une pathologie musculaire (différenciation myopathie / rhabdomyolyse) si le dosage de la CK augmentée.
19)	Troponine I/T	BC056	65,00	20,40	Non cumulable avec BC164 et BC165.	Le dosage doit être réalisé le jour même de la prescription.
20)	Cryoglobulines, recherche	BC057	10,00	3,14		Uniquement si suspicion d'hémopathie, m. auto-immune, m. infectieuse, m. rénale/hépatique.
21)	Cryoglobulines, identification (si recherche BC057 positive)	BC058	70,00	21,97		
22)	Peptide natriurétique (BNP, NT-proBNP)	BC062	84,00	26,37		Uniquement pour le diagnostic différentiel d'une dyspnée aiguë pour l'élimination d'une insuffisance cardiaque.
23)	Albumine	BC063	7,00	2,20	Non cumulable avec BC027 et BC064.	
24)	Préalbumine	BC064	20,00	6,28	Non cumulable avec BC027 et BC063.	
25)	Procalcitonine	BC065	100,00	31,39		En cas de suspicion d'infections des voies respiratoires inférieures, de septicémie ou d'une autre infection bactérienne sévère.
26)	Récepteur soluble de l'Interleukine II	BC066	90,00	28,25		A réaliser dans les 24h de la prescription. Renseignements cliniques requis.

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
27) ECP, protéine cationique éosinophilique	BC067	100,00	31,39		post-greffes d'organes. Pour le diagnostic différentiel de l'asthme.	Renseignements cliniques requis.
28) Cytokines (Interféron, interleukines, monokines, lymphokines, TNF) les deux premiers paramètres, par détermination	BC068	100,00	31,39			
29) Erythropoïétine	BC069	100,00	31,39		Pour le diagnostic différentiel d'une polyglobulie.	
<i>Sous-section 3 - Marqueurs tumoraux (non hormonaux)</i>						
1) AFP, alpha-foetoprotéine	BC071	60,00	18,83		Suivi de néoplasies documentées, suivi d'une cirrhose hépatique.	
2) CEA, antigène carcino-embryonnaire	BC072	60,00	18,83	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
3) CA 15-3, carcinoma antigen 15-3	BC073	60,00	18,83	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
4) CA 19-9, carcinoma antigen 19-9	BC074	60,00	18,83	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
5) CA 72-4, carcinoma antigen 72-4	BC075	60,00	18,83	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
6) CA 125, carcinoma antigen 125	BC076	60,00	18,83	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
7) Calcitonine	BC077	80,00	25,11		Marqueur du diagnostic et du suivi de carcinome médullaire de la thyroïde.	
8) TPS ou TPA, tissue polypeptide (specific) antigen	BC078	90,00	28,25	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
9) PSA total, prostatic specific antigen	BC079	40,00	12,56			- Suivi des tumeurs prostatiques ou de prostatites. - Test de diagnostic uniquement lors d'un bilan urologique max. 1x / an.
10) PSA libre	BC080	65,00	20,40		Uniquement pour le diagnostic différentiel cancer/hypertrophie	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
					bénigne, si PSA total entre 4 et 10 ng/ml.		
11)	NSE, neuron specific enolase	BC082	80,00	25,11	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
12)	SCC, squamous cell carcinoma antigen	BC083	90,00	28,25	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
13)	CYFRA 21-1, cytokeratin-fragment	BC084	90,00	28,25	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi de néoplasies documentées.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
14)	HE4 - CA125 avec calcul ROMA	BC085	150,00	47,09	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi d'un cancer ovarien.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
15)	PTH-RP (parathormon-related peptide)	BC086	70,00	21,97	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi d'une hypercalcémie tumorale.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
16)	Chromogranine A	BC087	90,00	28,25	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi d'une tumeur neuroendocrinienne.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
17)	Protéine S100	BC088	90,00	28,25	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Suivi du mélanome malin.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
18)	HCG total	BC089	75,00	23,54	Non cumulable avec BD405.	Uniquement dans le cadre du diagnostic et du suivi d'un cancer testiculaire.	
19)	Thyroglobuline	BC090	60,00	18,83	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085, BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.	Uniquement dans le cadre d'un suivi pour néoplasie thyroïdienne.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.
20)	Polypeptides vasoactifs intestinaux (VIP)	BC091	90,00	28,25	Au maximum 2 dosages pris en charge parmi: BC072, BC073, BC074, BC075, BC076, BC078, BC082, BC083, BC084, BC085,	Suivi d'une tumeur neuroendocrinienne.	Les cas de néoplasies multiples sont à mentionner explicitement sur la prescription.

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
				BC086, BC087, BC088, BC090, BC091, sauf néoplasies multiples.		
<i>Sous-section 4 - Substances à excrétion rénale ou pancréato-biliaire</i>						
1) Créatinine	BC101	7,00	2,20			
2) Urée	BC102	7,00	2,20			
3) Acide urique	BC103	7,00	2,20			
4) Ammoniaque	BC111	35,00	10,99			
5) Bilirubine totale	BC112	7,00	2,20			
6) Bilirubine directe (conjuguée)	BC113	14,00	4,39		Uniquement si BC112 supérieur à la valeur normale.	
7) Acides biliaires totaux	BC115	14,00	4,39		Uniquement pour le diagnostic d'une cholestase intrahépatique de la grossesse.	
<i>Sous-section 5 - Electrolytes, équilibre acido-basique</i>						
1) Bloc Na - Sodium / K- -Potassium / Cl - Chlore	BC125	14,00	4,39			
2) Ca - Calcium	BC129	7,00	2,20	Non cumulable avec BC130.		
3) Ca ionisé	BC130	25,00	7,85	Non cumulable avec BC129.	A l'exclusion des méthodes de calcul.	Réservé au milieu hospitalier.
4) P - Phosphore minéral, phosphate	BC131	7,00	2,20			
5) Ferritine	BC133	25,00	7,85			
6) Capacité de liaison du fer / Fe-TIBC	BC134	14,00	4,39	Non cumulable avec BC136.		
7) Récepteurs solubles de la transferrine	BC135	60,00	18,83			
8) Transferrine	BC136	25,00	7,85	Non cumulable avec BC134.		
9) Mg - Magnésium	BC138	7,00	2,20			
10) Gaz du sang (pH, pO ₂ , pCO ₂ , HCO ₃)	BC141	30,00	9,42	Non cumulable avec BC142.		Réservé au milieu hospitalier.
11) Bicarbonates plasmatiques ou sériques	BC142	7,00	2,20	Non cumulable avec BC141.		
12) Osmolarité (mesurée)	BC143	15,00	4,71			
13) Acide lactique	BC144	7,00	2,20			Réservé au milieu hospitalier.
<i>Sous-section 6 - Enzymes</i>						
1) ASAT = GOT - aspartate aminotransférase = glutamate oxaloacétate transaminase	BC151	7,00	2,20			
2) ALAT = GPT - alanine aminotransférase = glutamate pyruvate transaminase	BC152	7,00	2,20			
3) G-GT - gamma-glutamyl transférase	BC153	7,00	2,20			
4) Phosphatase alcaline	BC154	7,00	2,20	Non cumulable avec BC156.		
5) 5' nucléotidase (5' NU)	BC156	25,00	7,85	Non cumulable avec BC154.		
6) LDH - lactate déshydrogénase	BC160	7,00	2,20			
7) CK - créatine kinase	BC164	7,00	2,20	Non cumulable avec BC056.		
8) CK-MB	BC165	25,00	7,85	Non cumulable avec BC056.	Uniquement si l'activité de BC164 est augmentée.	A mentionner explicitement sur la prescription.
9) Aldolase	BC170	25,00	7,85			
10) Amylase totale	BC171	7,00	2,20	Non cumulable avec BC174.		
11) Amylase pancréatique	BC172	9,00	2,83	Non cumulable avec BC174.	Si BC171 augmenté.	
12) Lipase	BC174	9,00	2,83	Non cumulable avec BC171 et BC172.		
13) CHE - cholinestérase	BC176	24,00	7,53		Uniquement en préopératoire.	
14) Lysozyme ou muramidase ou enzyme lysosomiale	BC177	60,00	18,83			
15) Tryptase	BC180	80,00	25,11		Réservé au diagnostic et au suivi des mastocytoses systémiques	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
16) ACE, Angiotensine convertase	BC181	55,00	17,27		ainsi qu'au diagnostic du choc anaphylactique.	
<i>Sous-section 7 - Vitamines et maladies métaboliques</i>						
1) Vitamine B 12, cyanocobalamine	BC191	45,00	14,13		Uniquement en cas d'anémie macrocytaire, maladies neurodégénératives et thalassémies.	
2) Acide folique	BC192	45,00	14,13	Non cumulable avec BC198.		
3) Vitamine A ou bêta-carotène	BC193	90,00	28,25			
4) Vitamine B1	BC194	80,00	25,11	Prise en charge d'au maximum 2 dosages parmi: BC194, BC195 et BC196.		
5) Vitamine B2	BC195	60,00	18,83	Prise en charge d'au maximum 2 dosages parmi: BC194, BC195 et BC196.		
6) Vitamine B6	BC196	100,00	31,39	Prise en charge d'au maximum 2 dosages parmi: BC194, BC195 et BC196.		
7) Acides gras à très longues chaînes (> C22)	BC197	500,00	156,96		Réservé à la recherche de déficit de beta oxydation mitochondriale (doit être précisé sur la prescription).	Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
8) Acide folique érythrocytaire	BC198	60,00	18,83	Non cumulable avec BC192.		
9) Acides aminés	BC199	300,00	94,17			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
10) Carnitine libre et totale avec profil des acylcarnitines	BC200	250,00	78,48			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
11) Porphyrines érythrocytaires	BC201	90,00	28,25		Uniquement pour le diagnostic de porphyries érythropoïétiques.	
Section 2 - Urines						
<i>Sous-section 1 - Examens d'urines</i>						
1) Analyse d'urines par bandelette avec sédiment	BC202	16,00	5,02	Non cumulable avec BC203, BH101.		Recherche de glucose, acétone, protéines, urobiline, bilirubine, sang, leucocytes, nitrites; détermination du pH et de la densité; examen du sédiment sous microscope.
2) Analyse d'urines partielle par bandelette	BC203	9,00	2,83	Non cumulable avec BC202, BH101.		Recherche de glucose, acétone, protéines, urobiline, bilirubine, sang, leucocytes, nitrites, pH.
3) Osmolalité mesurée	BC206	15,00	4,71			
4) Lithiase urinaire : analyse physique	BC207	100,00	31,39			
<i>Sous-section 2 - Dosages biochimiques</i>						
1) Glucose	BC211	7,00	2,20	Non cumulable avec BC003, BC004, BC005.		A mentionner explicitement sur la prescription. Dosage uniquement en cas de recherche qualitative positive.
2) Créatinine	BC213	7,00	2,20			
3) Acide urique	BC214	7,00	2,20			
4) Urée	BC215	7,00	2,20			
5) Mg - magnésium	BC216	7,00	2,20			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
6) Citrate	BC218	30,00	9,42			
7) Bloc Na - Sodium / K- -Potassium / Cl - Chlore	BC222	14,00	4,39			
8) Ca - Calcium	BC225	7,00	2,20			
9) Phosphates	BC226	7,00	2,20			
10) Oxalates	BC229	30,00	9,42			
11) Amylase	BC232	7,00	2,20			
12) Mucopolysaccharides, oligosaccharides	BC234	25,00	7,85		En vue du diagnostic d'une maladie métabolique congénitale.	A mentionner explicitement sur la prescription.
<i>Sous-section 3 - Protéines, porphyrines et acides aminés</i>						
1) Protéines	BC261	7,00	2,20	Non cumulable avec BC262.		Dosage uniquement dans les cas suivants : - Si explicitement prescrit et si la recherche qualitative (BC203, BC202) est positive. - Si la recherche des protéines de Bence-Jones est prescrite.
2) Albumine	BC262	15,00	4,71	Non cumulable avec BC261.		
3) Acides aminés	BC263	300,00	94,17			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
4) Electrophorèse des protéines urinaires	BC264	35,00	10,99	Non cumulable avec BC267, BC277, BC278, BC279.	Si la valeur BC261 augmentée.	A mentionner explicitement sur la prescription.
5) Caractérisation d'une protéinurie avec recherche de protéines Bence-Jones (chaînes légères kappa et lambda)	BC267	180,00	56,50	Non cumulable avec BC039, BC264, BC277, BC278, BC279.	Si la valeur BC261 augmentée.	A mentionner explicitement sur la prescription.
6) Acides organiques	BC268	300,00	94,17			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
7) Acylcarnitine	BC269	120,00	37,67			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
8) Carnitine	BC270	120,00	37,67			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
9) Myoglobine	BC271	35,00	10,99			
10) Porphyrines, recherche	BC272	25,00	7,85			
11) Porphobilinogène (PBG), dosage	BC273	25,00	7,85			
12) Acide delta-amino-lévolulinique (ALA)	BC274	25,00	7,85			
13) Porphyrines	BC275	120,00	37,67			Dosage et identification des uro- et coproporphyrines.
14) beta2-microglobuline	BC276	35,00	10,99			
15) IgG	BC277	25,00	7,85	Non cumulables avec BC264 et BC267.		
16) Retinol Binding Protein (RBP, marqueur de protéinurie tubulaire)	BC278	74,00	23,23	Non cumulables avec BC264 et BC267.		
17) Transferrine	BC279	24,00	7,53	Non cumulables avec BC264 et BC267.		
18) Recherche des peptides de gliadine chez les patients coeliaques connus	BC280	49,00	15,38			Réservé à la surveillance du régime d'éviction.
Section 3 - Liquide céphalo-rachidien						
1) Chlorures	BC301	7,00	2,20			
2) Glucose	BC302	7,00	2,20			
3) Protéines totales	BC303	7,00	2,20	Non cumulable avec BC306.		
4) Recherche de bandes oligoclonales avec le schéma de Reiber (IgG, IgA et IgM); nécessite l'analyse conjointe du sérum	BC306	500,00	156,96	Non cumulable avec BC303.		
5) Acide lactique	BC307	7,00	2,20			
6) LDH	BC309	7,00	2,20			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
7) Ferritine	BC310	25,00	7,85			
8) Peptide 42beta amyloïde	BC311	148,00	46,46			
9) Protéine tau et phospo-tau	BC312	685,00	215,03			
10) Protéine 14-3-3	BC313	148,00	46,46			
11) Acides aminés	BC314	300,00	94,17			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
12) Acides organiques	BC315	300,00	94,17			Acte réservé aux patients de moins de 18 ans.
Section 4 - Tube digestif et selles						
1) Lithiase biliaire ou salivaire : analyse physique	BC402	100,00	31,39			
2) Recherche d'hémoglobine humaine dans les selles	BC403	40,00	12,56			
3) Recherche sur selles de résidus digestifs	BC404	50,00	15,70			
4) Elastase 1 pancréatique sur selles	BC407	50,00	15,70		Uniquement pour mise en évidence et suivi d'une insuffisance pancréatique exocrine.	A mentionner explicitement sur la prescription.
5) Calprotectine	BC408	100,00	31,39		Uniquement en suivi d'une maladie de Crohn ou colite ulcéreuse. Diagnostic différentiel d'une colopathie inflammatoire chronique ou fonctionnelle.	A mentionner explicitement sur la prescription.
6) Porphyrines, dosage et identification	BC409	120,00	37,67			
Section 5 - Liquides de ponction autres que céphalo-rachidien						
1) Protéines totales	BC503	7,00	2,20			
2) Acide urique	BC506	7,00	2,20			
3) Amylase	BC507	7,00	2,20			
4) Créatinine	BC509	7,00	2,20			
5) Glucose	BC510	7,00	2,20			
6) Lipase	BC511	7,00	2,20			
7) LDH	BC514	7,00	2,20			
8) Adénosine désaminase (liquide pleural)	BC515	50,00	15,70			
Section 6 - Examens sur l'éjaculat						
1) Spermogramme et spermocytogramme	BC601	110,00	34,53			
2) Test post-coïtal (test de Huhner)	BC602	30,00	9,42			A mentionner explicitement sur la prescription.
3) Exploration biochimique de la fonction prostatato-vésiculaire	BC603	175,00	54,93		Limitée au patients souffrant d'une oligo-asthénospermie ou azoospermie.	A mentionner explicitement sur la prescription.
4) Exploration de la fonction épидidymaire	BC604	85,00	26,68		Limitée au patients souffrant d'une oligo-asthénospermie ou azoospermie.	A mentionner explicitement sur la prescription.
5) Etude de l'éjaculat fractionné	BC605	80,00	25,11			A mentionner explicitement sur la prescription.
6) Test de migration-survie des spermatozoïdes	BC606	140,00	43,95			A mentionner explicitement sur la prescription.
7) Recherche d'anticorps fixés sur les spermatozoïdes	BC607	50,00	15,70	Cumulable avec BC601 et BC611 en présence d'agglutinats de spermatozoïdes.		
8) Recherches indirectes d'anticorps anti-spermatozoïdes	BC608	280,00	87,89			A mentionner explicitement sur la prescription.

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
9)	Recherche d'une immunisation anti-spermatozoïdes chez la femme par recherches indirectes d'anticorps anti-spermatozoïdes dans le sérum sanguin et simultanément dans le mucus cervical comportant un titrage des anticorps	BC610	280,00	87,89			A mentionner explicitement sur la prescription.
10)	Etude d'une éjaculation rétrograde	BC611	110,00	34,53			A mentionner explicitement sur la prescription.
11)	Coloration des spermatozoïdes au bleu d'aniline	BC612	50,00	15,70			A mentionner explicitement sur la prescription.
12)	Spermiogramme complet avant et après migration en vue d'une insémination artificielle y compris le matériel nécessaire au transport et à l'insémination	BC613	200,00	62,78			A mentionner explicitement sur la prescription.
REMARQUE: Pour la position BC607 et BC608: Recherche d'une immunisation anti-spermatozoïdes chez l'homme.							
Section 7 - Les actes effectués personnellement par les médecins dans leur cabinet							
1)	K - Potassium	BC701	7,00	2,20			
2)	Fe - fer	BC702	14,00	4,39			
Chapitre 2 - Hormones							
Section 1 - Thyroïde							
1)	TSH, Thyréostimuline	BD001	30,00	9,42		Examen de suivi thérapeutique ou d'exploration fonctionnelle.	Examen de diagnostic d'une dysthyroïdie de 1ère intention.
2)	FT4 - thyroxine libre	BD002	45,00	14,13		Examen de suivi thérapeutique: Si TSH hors valeur normale, rajout de BD002 uniquement sur prescription explicite.	Examens de diagnostic d'une dysthyroïdie de 2ème intention.
3)	FT3 - triiodothyronine libre	BD003	45,00	14,13		Examen de suivi thérapeutique: Uniquement lors d'un traitement à l'amiodarone ou si BD001 hors valeur normale et BD002 endéans la valeur de référence.	Examens de diagnostic d'une dysthyroïdie de 2ème intention.
4)	TBG - thyroxin binding globulin	BD008	35,00	10,99			
Section 2 - PTH - métabolisme osseux							
1)	PTH - Parathormone intacte	BD101	60,00	18,83			
2)	Marqueur de formation osseuse (P1NP, C1NP, phosphatase alcaline osseuse, ostéocalcine ou autre)	BD103	90,00	28,25	Maximum 1.	Uniquement en cas de signes cliniques de pathologie osseuse, de densité minérale osseuse diminuée ou suivi thérapeutique. Pour le suivi, préciser le traitement.	Uniquement sur prescription explicite motivée.
3)	25 - OH-Vitamine (D2 + D3)	BD104	53,00	16,64	Non cumulable avec BD105.	Uniquement en cas de présence clinique de: - suspicion de rachitisme ; - suspicion d'ostéomalacie ; - suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation ; - avant et après chirurgie bariatrique.	Uniquement sur prescription explicite motivée.
4)	1,25-dihydroxyvitamine D3	BD105	90,00	28,25	Non cumulable avec BD104.	Uniquement dans le suivi d'une	Uniquement sur prescription explicite

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
					pathologie rénale chronique ou d'un rachitisme vitamino-résistant.	motivée.
5) Marqueur de résorption du collagène osseux (CTX, NTX, DPD plasmatique ou urinaire ou autre)	BD108	70,00	21,97	Maximum 1.	Uniquement en cas de signes cliniques de pathologie osseuse, de densité minérale osseuse diminuée ou suivi thérapeutique. Pour le suivi, préciser le traitement.	Uniquement sur prescription explicite motivée.
Section 3 - Nutrition et croissance						
1) Insuline	BD201	70,00	21,97	Maximum 3 dans le cadre d'une épreuve dynamique.	Uniquement si diabète de type I ou suspicion/suivi d'un insulino-me.	Uniquement sur prescription explicite motivée. Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
2) C-Peptide	BD202	70,00	21,97	Maximum 3 dans le cadre d'une épreuve dynamique.	Uniquement si diabète de type I ou suspicion/suivi d'un insulino-me.	Uniquement sur prescription explicite motivée. Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
3) Glucagon	BD203	200,00	62,78	Maximum 5 dans le cadre d'une épreuve dynamique.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
4) Gastrine	BD204	70,00	21,97			
5) STH - somatotropine / Hormone de croissance (GH) plasmatique ou urinaire	BD211	90,00	28,25	Maximum 5 dans le cadre d'une épreuve dynamique.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
6) Somatomédine (SMC), IGF I (insulin-like growth factor)	BD212	90,00	28,25			
7) IGF BP 3 (IGF binding protein 3)	BD213	100,00	31,39			
Section 4 - Hormones stéroïdes						
<i>Sous-section 1 - Stéroïdes sexuels</i>						
1) Delta-4 androstènedione	BD301	80,00	25,11			
2) DHEAs (déhydro-épiandrostérone sulfate)	BD302	60,00	18,83	Non cumulable avec BD312.		
3) Testostérone libre ou biodisponible	BD303	80,00	25,11	Non cumulable avec BD304 et BD306.		
4) Testostérone	BD304	45,00	14,13	Non cumulable avec BD303.		
5) Dihydro-testostérone	BD305	90,00	28,25	Non cumulable avec BD313.		
6) TeBG (testostéron binding hormon) ou SHBG (sex hormon binding globulin/protein)	BD306	50,00	15,70	Non cumulable avec BD303.		
7) Oestradiol	BD307	45,00	14,13			
8) Oestrone	BD308	80,00	25,11			
9) Prégénolone	BD309	80,00	25,11			
10) progestérone	BD310	45,00	14,13			
11) 17OH-progestérone	BD311	75,00	23,54			
12) DHEA (déhydro-épiandrostérone)	BD312	85,00	26,68	Non cumulable avec BD302.	Uniquement dans le cadre d'une épreuve de stimulation.	
13) Androstènediol-DG	BD313	90,00	28,25	Non cumulable avec BD305.		
<i>Sous-section 2 - (Hypothalamus) - Glucocorticoïdes</i>						
1) ACTH	BD314	100,00	31,39	Maximum 4 dans le cadre d'une épreuve dynamique. Non cumulable avec BD317.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
2) Cortisol	BD315	50,00	15,70	Maximum 4 dans le cadre d'une épreuve dynamique.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
3) Cortisol libre urinaire	BD316	75,00	23,54	Non cumulable avec BD317.		chaque dosage.
4) Cortisol salivaire	BD317	100,00	31,39	Maximum 4. Non cumulable avec BD314, BD315, BD316.		
<i>Sous-section 3 - Système Rénine-Angiotensine-Aldostérone</i>						
1) Aldostérone	BD318	80,00	25,11	Maximum 2 pour les positions debout ou couché.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
2) Rénine	BD319	80,00	25,11	Maximum 2 pour les positions debout ou couché.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
3) Angiotensine	BD320	85,00	26,68			
4) Aldostérone urinaire	BD321	120,00	37,67			
Section 5 - Hormones en gynécologie						
1) FSH - folliculostimuline	BD401	45,00	14,13	Maximum 3 dans le cadre d'une épreuve dynamique. Non cumulable avec BD405 si HCG s'avère positif.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
2) LH - lutéinostimuline	BD402	45,00	14,13	Maximum 3 dans le cadre d'une épreuve dynamique. Non cumulable avec BD405 si HCG s'avère positif.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
3) Prolactine	BD403	45,00	14,13	Maximum 3 dans le cadre d'une épreuve dynamique.		Le prélèvement de sang capillaire ou veineux est mis en compte pour chaque dosage.
4) Macroprolactine	BD404	60,00	18,83		Uniquement si BD403 augmentée.	
5) (Bêta-) HCG dans le sang	BD405	45,00	14,13	Non cumulable avec BD401 et BD402 si HCG s'avère positif. Non cumulable avec BC089.	Ne peut être portée en compte pendant les 20 dernières semaines de grossesse.	
6) Inhibine B	BD406	75,00	23,54		Une seule cotation par patient / vie.	
7) Hormone anti-müllérienne (AMH)	BD407	100,00	31,39		Uniquement en cas d'un bilan d'infertilité et indication du dosage dans les ambiguïtés sexuelles.	
Section 6 - Neuropeptides						
1) Adrénaline, noradrénaline, dopamine, urinaires ou plasmatiques	BD501	140,00	43,95		HTA paroxystique, HTA rebelle, suspicion d'une tumeur neuroendocrine.	
2) Sérotonine urinaire ou plasmatique	BD502	120,00	37,67		Uniquement lors du diagnostic / suivi de tumeurs neuroendocrines.	
3) Acide 5-hydroxyindolacétique	BD503	60,00	18,83			
4) Métanéphrines et normétanéphrines, urinaires ou plasmatiques	BD504	140,00	43,95		HTA paroxystique, HTA rebelle, suspicion d'une tumeur neuroendocrine.	
5) Acide vanilmandélique (VMA) ou acide homovanillique (HVA)urinaire	BD505	140,00	43,95			
Section 7 - Hormones de la post-hypophyse						
1) ADH, hormone antidiurétique (vasopressine)	BD601	120,00	37,67			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
Section 8 - Les actes effectués personnellement par les médecins dans leur cabinet						
1)	(Bêta-) HCG - gonadotrophines chorioniques, dosage dans le sang ou dans les urines	BD701	37,00	11,61		
Chapitre 3 - Immunologie						
Section 1 - Allergie						
1)	IgE - Immunoglobulines E totales	BE001	40,00	12,56		
2)	IgE spécifiques (mélanges et/ou allergènes isolées)	BE002	50,00	15,70	Maximum 6. Non cumulable avec BE003, BE004.	
3)	IgE spécifiques, test unitaire vis-à-vis d'allergènes multiples séparés dans un même réactif ou sur un même support (à l'exception des techniques rapides)	BE003	150,00	47,09	Maximum 1. Non cumulable avec BE002, BE004.	
4)	IgE unitaires	BE004	50,00	15,70	Maximum 10. Non cumulable avec BE002, BE003.	Uniquement si le test cutané est positif ou le dosage des IgE spécifiques à l'extrait total est positif et si une mesure des IgE anti-allergène recombinant ou protéine native isolée est indiquée. Sur prescription explicite.
5)	Test de libération et dosage de médiateurs (histamine, leucotriènes) à partir de basophiles sanguins en présence de venin d'hyménoptère ou de médicaments	BE010	120,00	37,67	Maximum 2 allergènes. Non cumulable avec BE011.	Uniquement en cas d'une anaphylaxie sévère.
6)	Test de transformation lymphoblastique	BE011	70,00	21,97	Maximum 7 substances. Non cumulable avec BE010.	Réservé à une allergie sévère retardée, acte réservé à l'exploration d'une allergie médicamenteuse.
7)	Test de transformation lymphoblastique	BE012	70,00	21,97	Maximum 5 substances.	Uniquement dans le cadre de la pose d'un implant ou d'une prothèse.
8)	Alvéolites allergiques exogènes, recherche d'Ig	BE013	40,00	12,56	Maximum 2.	
9)	Alvéolites allergiques exogènes, confirmation par IELP	BE014	120,00	37,67		
Section 2 - Recherche d'autoanticorps dans les maladies auto-immunes						
REMARQUE: Quand la technique utilisée permet en même temps la recherche et le titrage d'un autoanticorps, le code de nomenclature correspondant au titrage de cet autoanticorps n'est pas cumulable avec celui de sa recherche.						
<i>Sous-section 1 - Maladies auto-immunes non spécifiques d'organe (connectivites)</i>						
1)	Facteurs rhumatoïdes, recherche et titrage	BE101	35,00	10,99		
2)	Recherche et identification des autoanticorps des myopathies auto-immunes non visibles sur cellules Hep-2 ou équivalent comprenant au minimum HMGCOR, MDA5, NXP2, SAE1, SAE2	BE102	80,00	25,11		1° En cas de demande explicite d'autoanticorps des myopathies auto-immunes. 2° En cas de prescription de l'un des autoanticorps mentionnés en BE102. 3° En cas de découverte fortuite lors d'une exploration d'autoanticorps anti-nucléaires positives.
3)	Autoanticorps (facteurs) antinucléaires (AAN/ FAN), recherche	BE103	50,00	15,70		1° En cas de résultat positif, le titre

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
par IFI sur cellules HEp-2 ou équivalent						ainsi que l'aspect des AAN doivent être précisés. 2° Les aspects non associés aux connectivites ne sont pas considérés comme positifs mais doivent être mentionnés sur le compte-rendu d'analyses. 3° Les aspects cytosquelettes évocateurs d'auto-anticorps anti-mitochondries M2 et anti-cellules pariétales gastriques ou d'auto-anticorps anti-actines sont à mentionner sur le compte-rendu d'analyses. Ajout de cet acte : 1° En cas de demande d'auto-anticorps anti-pores nucléaires (GP210...). 2° En cas de demande d'auto-anticorps anti-Sp100.
4) Autoanticorps anti-ADN natif (ADNn) ou double brin (ADNdb) : recherche et titrage	BE104	60,00	18,83		Que si la recherche des autoanticorps antinucléaires (BE103) s'est révélée positive en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.	Ajout en dehors d'une demande explicite : Dans le cadre d'un suivi immunologique en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.
5) Autoanticorps anti-nucléosome : recherche et titrage	BE105	60,00	18,83		Que si la recherche des autoanticorps antinucléaires (BE103) s'est révélée positive en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.	Ajout en dehors d'une demande explicite : Dans le cadre d'un suivi immunologique en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.
6) Autoanticorps anti-histones : recherche et titrage	BE106	60,00	18,83		En cas de découverte fortuite lors d'une exploration d'autoanticorps anti-nucléaires positives.	Ajout en dehors d'une demande explicite : Dans le cadre d'un suivi immunologique en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN. Remarque à mentionner sur le compte-rendu d'analyses en cas de recherche des autoanticorps antinucléaires (BE103) positive, d'aspect compatible et d'absence d'identification d'autoanticorps : "La recherche d'autoanticorps anti-histones est souhaitable en cas de suspicion de lupus induit".
7) Autoanticorps anti-antigènes nucléaires solubles et autres comprenant au minimum SS-A, SS-B, TRIM21, U1-RNP, Sm, PCNA, Ku, PMScl100, PMScl75, Scl-70, ARN Polymérase 3, Centromère, Mi2, DFS70 : recherche et identification	BE107	150,00	47,09		Que si la recherche des autoanticorps antinucléaires (BE103) s'est révélée positive en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.	Ajout en dehors d'une demande explicite : Dans le cadre d'un suivi immunologique en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.
8) Recherche et identification des autres autoanticorps de la sclérodermie et des connectivites de chevauchement, non prévus en BE107, comprenant au minimum : Fibrilarine, Th/To, NOR90	BE108	100,00	31,39		Cet acte est indiqué uniquement en cas d'aspect nucléolaire ou NOR observé en BE103 ou en cas de découverte fortuite lors d'une	Ajout en dehors d'une demande explicite : Dans le cadre d'un suivi immunologique en cas de

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
					exploration d'autoanticorps anti-nucléaires positives.	prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.	
9)	Recherche et identification des autoanticorps des myopathies auto-immunes, non prévus en BE107, comprenant au minimum SRP, Jo1, PL7, PL12, EJ, OJ et recherche des auto-anticorps anti-ribosomes	BE109	80,00	25,11		Cet acte est indiqué uniquement en cas d'aspect cytoplasmique évocateur observé en BE103 ou en cas de découverte fortuite lors d'une exploration d'autoanticorps anti-nucléaires positives.	Ajout en dehors d'une demande explicite : Dans le cadre d'un suivi immunologique en cas de prescription globale, c'est à dire AAN ou FAN.
10)	Myosites à inclusions : Auto-anticorps anti-cN1A (5'-Nucléotidase cytosolique musculaire) : recherche et titrage	BE110	80,00	25,11			
11)	Autoanticorps anti-C1q : recherche et titrage	BE111	80,00	25,11			
12)	Autoanticorps anti-phospholipides et anti-cofacteurs protéiques des phospholipides, recherche et titrage. Isotype IgG	BE112	70,00	21,97	Maximum 2 et uniquement quand la technique utilisée distingue de façon unitaire les autoanticorps recherchés.		Acte de première intention par rapport à BE113.
13)	Autoanticorps anti-phospholipides et anti-cofacteurs protéiques des phospholipides, recherche et titrage. Isotype IgM ou autre isotype qu'IgG	BE113	70,00	21,97	Maximum 2 et uniquement quand la technique utilisée distingue de façon unitaire les autoanticorps recherchés.		
14)	Vascularite à ANCA, recherche	BE116	60,00	18,83	Maximum 3.		Recherche en IFI d'autoanticorps anti-cytoplasmes de polynucléaires neutrophiles sur lame de PNN fixée au minimum à l'éthanol, recherche et titrage des autoanticorps anti-MPO (myéloperoxydase) et anti-PR3 (protéinase 3).
15)	Vascularite à ANCA, identification	BE117	60,00	18,83	Maximum 2. Uniquement si BE116 s'est révélé positif.		Recherche en IFI d'autoanticorps anti-cytoplasme de polynucléaires neutrophiles sur lame de PNN fixée au minimum à l'éthanol, recherche et titrage du ou des autoanticorps détectés en BE116.
16)	Autoanticorps anti-cytoplasme de neutrophiles (xANCA ou pANCA atypique) de type NANA, recherche	BE118	60,00	18,83			Recherche en IFI sur lame de PNN fixée au méthanol.
17)	Autoanticorps anti-protéines cycliques citrullinées (CCP ou équivalent) : recherche et titrage	BE119	60,00	18,83		Ne peut être portée en compte à l'assurance maladie qu'une fois par année civile. Uniquement dans le cadre du diagnostic de la polyarthrite rhumatoïde.	
18)	Autoanticorps anti-CarP ou protéines carbamylées : recherche et titrage	BE120	60,00	18,83		Ne peut être portée en compte à l'assurance maladie qu'une fois par année civile. Uniquement si BE119 s'est révélé négatif.	
<i>Sous-section 2 - Affections endocriniennes</i>							
1)	Anticorps anti-insuline : recherche et titrage	BE201	150,00	47,09	Non cumulable avec BE203.		
2)	Autoanticorps anti-cellules d'îlots de Langerhans ou ICA : titrage en IFI	BE202	50,00	15,70			Ajout si BE203 est positif en ICA.
3)	Marqueurs auto-immuns du diabète : ICA (recherche en IFI), auto-anticorps anti-insuline, anti-GAD65, anti-IA2, anti-ZnT8	BE203	280,00	87,89	Non cumulable avec BE201.		
4)	Autoanticorps anti-surrénale : recherche en IFI	BE204	40,00	12,56			
5)	Autoanticorps anti-21 OH : identification et titrage	BE205	100,00	31,39			Ajout si BE204 est positif au niveau de la corticosurrénale.
6)	Autoanticorps anti-tissu testiculaire : recherche en IFI	BE206	100,00	31,39			Uniquement sur prescription explicite.

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
7) Autoanticorps anti-tissu ovarien : recherche en IFI	BE207	100,00	31,39			Uniquement sur prescription explicite.
8) Autoanticorps anti-hypophyse : recherche en IFI	BE208	50,00	15,70			
9) Autoanticorps anti-hypophyse : identification en IFI	BE209	50,00	15,70			Ajout si BE208 est positif.
10) Autoanticorps anti-parathyroïde : recherche en IFI	BE210	50,00	15,70			
11) Autoanticorps anti-CaSR (calcium sensing receptor) : recherche et titrage	BE211	150,00	47,09			Ajout si BE210 est positif.
12) Autoanticorps anti-thyroperoxydase (TPO) : recherche et titrage	BE212	60,00	18,83	Non cumulable avec BE213.		
13) Autoanticorps anti-thyroglobuline (TG) : recherche et titrage	BE213	60,00	18,83	Non cumulable avec BE212.		
14) Autoanticorps de la maladie de Basedow (Graves' disease) : recherche et titrage des autoanticorps anti-récepteurs de la TSH (TRAK)	BE214	80,00	25,11			
<i>Sous-section 3 - Affections d'organes abdominaux, hémopathies</i>						
1) Autoanticorps anti-cellules pariétales gastriques, recherche en IFI et identification	BE301	70,00	21,97	Non cumulable avec BE303.		Recherche en IFI et identification des autoanticorps anti-pompe à protons H+/K+ ATPase par une technique immuno-enzymatique ou équivalent.
2) Autoanticorps anti-facteur intrinsèque : recherche et identification	BE302	50,00	15,70			
3) Plusieurs anticorps anti-tissus sur coupe de tissus de rein, foie et estomac	BE303	80,00	25,11	Non cumulable avec BE301 et BE305.		Autoanticorps anti-cellules pariétales gastriques (recherche en IFI + identification) ou auto-anticorps anti-muscle lisse/actine, ou autoanticorps anti-LKM1 ou autoanticorps anti-mitochondries M2 (recherche en IFI + identification) ou autoanticorps anti-mitochondries M5.
4) Autoanticorps anti-actine : confirmation par une autre technique ou un autre substrat	BE304	70,00	21,97			Ajout si BE303 est positif.
5) Autoanticorps anti-mitochondries M2, recherche en IFI et identification	BE305	50,00	15,70	Non cumulable avec BE303.		Recherche en IFI et identification des autoanticorps par une technique de screening (mélange de PDH, OGDH et BCOADC).
6) Autoanticorps anti-mitochondries M2 : confirmation de l'identification des différents autoanticorps anti-M2 (PDH, OGDH et BCOADC)	BE306	100,00	31,39			Ajout si discordance observée en BE303 ou en BE305 entre la recherche et le screening d'identification des autoanticorps anti-mitochondries M2.
7) Auto-anticorps anti-GP210 : identification	BE307	50,00	15,70			Ajout uniquement si BE103 présente un aspect positif ou équivoque en pores nucléaires sauf si l'aspect en BE103 ne permet pas de les détecter.
8) Auto-anticorps anti-dots nucléaires multiples : identification au minimum du Sp100	BE308	100,00	31,39			Ajout uniquement si BE103 présente un aspect positif en dots nucléaires multiples sauf si l'aspect en BE103 ne permet pas de les détecter.
9) Autoanticorps anti-SLA (protéines solubles hépatiques) : recherche	BE309	60,00	18,83			Ajout systématique si demande d'auto-anticorps anti-actine.
10) Autoanticorps anti-LKM1 (microsomes hépatiques et rénaux) : identification du cytochrome CYP2D6 par immunoenzymologie ou équivalent	BE310	80,00	25,11			Ajout si BE303 est positif.
11) Autoanticorps anti-LC1 (cytosol hépatique) : identification de la formiminotransférase cyclodésaminase (FTCD) par immunoenzymologie ou équivalent	BE311	80,00	25,11			Ajout si BE303 est positif.
12) Autoanticorps anti-pancréas exocrine : recherche et identification	BE312	80,00	25,11			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
des auto-anticorps anti-GP2 (Glycoprotéine 2) et CUZD1 (CUB and Zona pellucida-like Domains 1)						
13) Exploration minimale d'une maladie coéliquaie : Autoanticorps anti-tTG2 (transglutaminase tissulaire humaine isoforme 2) IgA et anti-gliadine désamidée IgG : recherche et titrage	BE313	100,00	31,39			
14) Recherche des autoanticorps anti-endomysium isotypes IgG et/ou IgA (en IFI)	BE314	80,00	25,11			Ajout si BE313 est positif.
15) Autoanticorps du syndrome de Goodpasture	BE315	120,00	37,67			Recherche des auto-anticorps anti-membrane basale glomérulaire et/ou tubulaire en IFI et identification et titrage des auto-anticorps anti-domaine non collagénique (NC1) de la chaîne $\alpha 3$ du collagène IV en immunoenzymologie ou équivalent.
16) Autoanticorps anti-membrane basale alvéolaire : recherche en IFI	BE316	60,00	18,83			Ajout si discordance entre recherche et identification des autoanticorps du syndrome de Goodpasture observé en BE315.
17) Anticorps anti-saccharomyces cerevisiae (ASCA) : recherche et titrage, maximum 2 isotypes	BE317	80,00	25,11			
18) Autoanticorps anti-entérocytes ou intestins (cellules du gobelet) : recherche en IFI	BE318	80,00	25,11			
19) Autoanticorps des glomérulonéphrites extra-membraneuses primaires : recherche des auto-anticorps anti-PLA2R (Récepteur de la phospholipase A2 de type M) et anti-THSD7A (Thrombospondin type 1 Domain containing 7A)	BE319	200,00	62,78			
20) Autoanticorps anti-PLA2R : titrage	BE320	100,00	31,39			Ajout si BE319 est positif.
21) Autoanticorps anti-THSD7A : titrage	BE321	100,00	31,39			Ajout si BE319 est positif.
<i>Sous-section 4 - Affections du système nerveux, des muscles ou de la peau</i>						
1) Autoanticorps anti-récepteur de l'acétylcholine (AChR) : recherche et titrage	BE401	100,00	31,39			
2) Autoanticorps anti-MuSK (Muscle-Specific tyrosine Kinase) : recherche et titrage	BE402	150,00	47,09			
3) Autoanticorps anti-récepteur de l'acétylcholine (AChR) de faible affinité : recherche	BE403	100,00	31,39			Indication si BE401 et BE402 négatifs.
4) Autoanticorps anti-récepteur de l'acétylcholine (AChR) de faible affinité : titrage	BE404	100,00	31,39			Ajout si BE403 est positif.
5) Autoanticorps anti-MuSK de faible affinité : recherche	BE405	100,00	31,39			Indication si BE401 et BE402 négatifs.
6) Autoanticorps anti-MuSK de faible affinité : titrage	BE406	100,00	31,39			Ajout si BE405 est positif.
7) Autoanticorps anti-Lrp4 (Lipoprotein-related protein 4) : recherche	BE407	100,00	31,39			Indication si BE401 et BE402 négatifs.
8) Autoanticorps anti-Lrp4 (Lipoprotein-related protein 4) : titrage	BE408	100,00	31,39			Ajout si BE407 est positif.
9) Autoanticorps anti-canaux calciques (VGCC) : recherche et titrage	BE409	150,00	47,09			
10) Autoanticorps anti-gangliosides et sulfatides : recherche des différentes spécificités (au minimum : GM1, GM2, GM3, GM4, GD1a, GD1b, GD2, GD3, GT1a, GT1b, GQ1b)	BE410	150,00	47,09			Utilisation d'un conjugué d'isotypes IgG+IgM.
11) Autoanticorps anti-gangliosides et sulfatides : isotypage et titrage des différentes spécificités (au minimum : GM1, GM2, GM3, GM4, GD1a, GD1b, GD2, GD3, GT1a, GT1b, GQ1b)	BE411	150,00	47,09			Utilisation d'un conjugué d'isotype IgG et d'un conjugué d'isotype IgM et uniquement si BE410 s'avère positif.
12) Autoanticorps anti-muscle strié squelettique ou cardiaque (titine, myosine et autres myofibrilles) : recherche et identification	BE412	60,00	18,83			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
13) Autoanticorps anti-neurones : recherche en IFI sur sérum et/ou LCR	BE413	100,00	31,39	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		
14) Autoanticorps anti-neurones : identification sur sérum et/ou LCR	BE414	150,00	47,09	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE413 ou si BE415 est positif.
15) Exploration d'un Stiff-person syndrome en IFI sur sérum et/ou LCR : au minimum autoanticorps anti-GAD neurologique, amphiphysine et glycine récepteur alpha1 (GlyR alpha1)	BE415	150,00	47,09	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		
16) Autoanticorps anti-glycine récepteur alpha1 : titrage sur sérum et/ou LCR	BE416	150,00	47,09	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE415 est positif.
17) Autoanticorps anti-canaux potassiques (VGKC) : recherche et titrage sur sérum	BE417	100,00	31,39			Ajout du code BE418.
18) Exploration d'une encéphalite limbique sur sérum et/ou sur LCR : au minimum autoanticorps anti-NMDAR GluN1, AMPAR GluA1/A2, GABAB1/2R, Lgi1, Caspr2, DPPX	BE418	300,00	94,17	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE413 ou si BE415 est positif avec un aspect neuropile et/ou synapse.
19) Titrage du ou des autoanticorps d'une encéphalite limbique sur sérum et/ou sur LCR détectés en BE416	BE419	300,00	94,17	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE418 est positif.
20) Autoanticorps anti-IgLON5 sur sérum et/ou sur LCR : recherche	BE420	111,00	34,84	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout systématique du code BE413.
21) Autoanticorps anti-IgLON5 sur sérum et/ou sur LCR : titrage	BE421	111,00	34,84	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE420 est positif.
22) Autoanticorps anti-MOG (Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein) sur sérum et/ou sur LCR : recherche	BE422	111,00	34,84	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		
23) Autoanticorps anti-MOG (Myelin Oligodendrocyte Glycoprotein) sur sérum et/ou sur LCR : titrage	BE423	111,00	34,84	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE422 est positif.
24) Autoanticorps anti-aquaporine 4 sur sérum et/ou sur LCR : recherche	BE424	111,00	34,84	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE413 ou si BE415 est positif avec un aspect NMO et que BE424 s'avère positif.
25) Autoanticorps anti-aquaporine 4 sur sérum et/ou sur LCR : titrage	BE425	111,00	34,84	Maximum 1 cotation par type de prélèvement.		Ajout si BE424 est positif.
26) Autoanticorps anti-myéline d'isotype IgM : recherche en IFI, identification et titrage des autoanticorps anti-MAG (Myelin-associated glycoprotein) et anti-SGPG (Sulfate-3-Glucuronyl Paragloboside)	BE426	100,00	31,39			
27) Autoanticorps anti-peau : recherche en IFI	BE427	50,00	15,70			Recherche en IFI d'autoanticorps anti-membrane basale dermo-épidermique et substance intercellulaire.
28) Autoanticorps anti-membrane basale d'épithélium malpighien : identification d'autoanticorps anti-peau splittée en IFI et identification des autoanticorps anti-BP180, anti-BP230 et anti-collagène VII	BE428	200,00	62,78			Cet acte est ajouté uniquement en cas de membrane basale positive en BE427.
29) Autoanticorps anti-substance intercellulaire d'épithélium malpighien : identification d'autoanticorps anti-épithélium transitionnelle de vessie en IFI et identification des autoanticorps anti-desmoglénines DSG1 et DSG3 anti-plakines	BE429	200,00	62,78			Cet acte est ajouté uniquement en cas de substance intercellulaire positive en BE427.
<i>Sous-section 5 - Autres affections auto-immunes</i>						
1) Autoanticorps anti-recoverine : recherche et identification	BE501	60,00	18,83			Ajout du code BE503.
2) Auto-anticorps anti-œil (rétine, cristallin, cornée, choroïde) : recherche en IFI	BE502	100,00	31,39	Non cumulable avec BE503.		
3) Auto-anticorps anti-rétine : recherche en IFI	BE503	74,00	23,23	Non cumulable avec BE502.		
4) Autoanticorps anti-tissu de l'oreille interne (anti-protéines cochléaires /antivestibule) : recherche par Western blot ou équivalent	BE504	120,00	37,67			
5) Autoanticorps anti-collagène II : recherche et titrage en immunoenzymologie ou équivalent	BE505	60,00	18,83			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
6)	Autoanticorps anti-cartilage : recherche en IFI	BE506	70,00	21,97		
7)	Autoanticorps anti-glandes salivaires : recherche en IFI	BE507	60,00	18,83		
8)	Exploration d'une résistance thérapeutique potentiellement due à la présence d'un anticorps dirigé contre un médicament : recherche et titrage	BE508	200,00	62,78		
9)	Auto-anticorps anti-IgA : recherche	BE509	74,00	23,23		
Section 3 - Système du complément						
1)	Complément total (CH 50)	BE601	30,00	9,42		
2)	Complément C1 estérase inhibiteur, activité	BE602	35,00	10,99		
3)	Complément C1 estérase inhibiteur, dosage	BE603	35,00	10,99		Si activité diminuée.
4)	Complément, composant C3	BE604	25,00	7,85		
5)	Complément, composant C4	BE605	25,00	7,85		
6)	Complément, facteur B (properdine)	BE606	35,00	10,99		
Chapitre 4 - Médicaments, substances toxiques						
Section 1 - Surveillance de traitements médicamenteux						
<i>Sous-section 1 - Antiépileptiques</i>						
1)	Carbamazépine	BF001	50,00	15,70		
2)	Ethosuximide	BF002	75,00	23,54		
3)	Phénobarbital	BF003	50,00	15,70		
4)	Phénytoïne, diphenylhydantoïne	BF004	75,00	23,54		
5)	Valproate	BF005	50,00	15,70		
6)	Clonazépam	BF006	120,00	37,67		
7)	Primidone	BF007	140,00	43,95		
8)	Lamotrigine	BF008	120,00	37,67		
9)	Lévétiracétam	BF009	120,00	37,67		
10)	Oxcarbazépine	BF210	120,00	37,67		
11)	Felbamate	BF211	120,00	37,67		
12)	Stiripentol	BF212	120,00	37,67		
13)	Vigabatrine	BF213	120,00	37,67		
14)	Gabapentine	BF214	120,00	37,67		
15)	Tiagabine	BF215	120,00	37,67		
16)	Topiramate	BF216	120,00	37,67		
17)	Zonisamide	BF217	120,00	37,67		
18)	Pregabaline	BF218	120,00	37,67		
19)	Rufinamide	BF219	120,00	37,67		
20)	Lacosamide	BF220	120,00	37,67		
<i>Sous-section 2 - Affections cardio-pulmonaires</i>						
1)	Anti-arythmique, dosage d'un médicament anti-arythmique ou de son métabolite actif	BF011	120,00	37,67	2 dosages max. par prélèvement.	
2)	Digoxine	BF012	50,00	15,70		
3)	Théophylline	BF013	50,00	15,70		
4)	Digitoxine	BF014	75,00	23,54		
<i>Sous-section 3 - Antibiotiques</i>						
1)	Amikacine	BF021	50,00	15,70		
2)	Gentamicine	BF022	50,00	15,70		
3)	Tobramycine	BF023	50,00	15,70		

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
4)	Vancomycine	BF024	50,00	15,70		
5)	Rifampicine	BF025	80,00	25,11		
6)	Isoniazide	BF026	80,00	25,11		
7)	Teicoplanine	BF027	80,00	25,11		
8)	Rifabutine	BF028	80,00	25,11		
9)	Itraconazole + hydroxyconazole	BF029	80,00	25,11		
10)	Fluconazole	BF030	80,00	25,11		
11)	Voriconazole	BF310	80,00	25,11		
<i>Sous-section 4 - Immunosuppresseurs</i>						
1)	Ciclosporine	BF031	80,00	25,11		
2)	Tacrolimus	BF032	80,00	25,11		
3)	Sirolimus	BF033	80,00	25,11		
4)	Mycophénolate	BF034	80,00	25,11		
5)	Azathioprine ou mercaptopurine, métabolites	BF035	140,00	43,95	2 dosages max. par prélèvement.	
6)	Everolimus	BF036	80,00	25,11		
<i>Sous-section 5 - Anticancéreux / antimétaboliseurs</i>						
1)	Méthotrexate	BF041	80,00	25,11		
2)	Anthracycline ou cisplatine	BF042	140,00	43,95		
3)	Uracile	BF043	120,00	37,67		Avant traitement par 5-FU.
<i>Sous-section 6 - Anticorps monoclonaux et inhibiteurs</i>						
1)	Anti TNF α	BF051	300,00	94,17		
2)	Anticorps anti-TNF α	BF052	100,00	31,39		
Section 2 - Intoxications / substances toxiques						
<i>Sous-section 1 - Métaux et autres éléments (sang complet, urines, sérum)</i>						
REMARQUE: Un maximum de 5 prestations est applicable, le code BF119 pouvant être facturé plusieurs fois. Les prestations de cette section peuvent être portées en compte deux fois pour contrôler l'efficacité d'une chélation.						
1)	Al - aluminium	BF101	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	
2)	Cd - cadmium	BF103	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	
3)	Cr - chrome	BF104	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	
4)	Hg - mercure	BF105	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	
5)	Pb - plomb	BF106	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	
6)	Se - sélénium	BF107	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	
7)	V - vanadium	BF108	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	
8)	Zn - zinc	BF109	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
9) Cu - cuivre	BF110	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
10) As - arsénic	BF111	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
11) Co - cobalt	BF112	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
12) Mn - manganèse	BF113	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
13) Ni - nickel	BF114	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
14) I - iode	BF115	60,00	18,83	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
15) Arsenic, spéciation	BF116	150,00	47,09	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
16) Mercure, spéciation	BF117	150,00	47,09	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
17) Chrome, spéciation	BF118	150,00	47,09	Maximum 5 des éléments de cette sous-section.		
18) Autre élément, non repris ailleurs	BF119	80,00	25,11	Maximum 5 éléments.		
<i>Sous-section 2 - Ethanol, solvants, marqueurs d'alcoolisme</i>						
1) Ethanol	BF131	50,00	15,70			
2) CDT - carbohydrate déficient transferrine	BF132	80,00	25,11			
3) Solvants (méthanol, acétone, glycols et autres)	BF133	120,00	37,67			
4) Ethylglucuronide	BF135	120,00	37,67			
<i>Sous-section 3 - Autres substances toxiques isolées</i>						
1) Méthémoglobine, carboxyhémoglobine	BF141	35,00	10,99			
2) Zinc-protoporphyrine	BF142	60,00	18,83			
3) Salicylés	BF143	50,00	15,70			
4) Paracétamol	BF144	50,00	15,70			
5) Cyanure	BF145	120,00	37,67			
<i>Sous-section 4 - Psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, barbituriques, benzodiazépines, cannabinoïdes, cocaïnes, amphotaminiques, hallucinogènes, opiacés, opioïdes)</i>						
1) Caféine	BF151	120,00	37,67	Non cumulable avec BF171.		
2) Antidépresseurs, recherche	BF152	120,00	37,67	Non cumulable avec BF171.		
3) Benzodiazépines, recherche	BF153	40,00	12,56	Non cumulable avec BF171.		
4) Thiopental	BF154	120,00	37,67	Non cumulable avec BF171.		
5) Cannabinoïdes, recherche	BF155	40,00	12,56	Non cumulable avec BF171.		
6) Cocaïne, recherche	BF156	40,00	12,56	Non cumulable avec BF171.		
7) Méthadone, recherche	BF157	40,00	12,56	Non cumulable avec BF171.		
8) Opiacés, recherche	BF158	40,00	12,56	Non cumulable avec BF171.		
9) Hallucinogènes, recherche	BF159	120,00	37,67	Non cumulable avec BF171.		
10) Amphétamine et autres phényléthylamines, recherche	BF160	40,00	12,56	Non cumulable avec BF171.		
11) Lithium	BF161	50,00	15,70	Non cumulable avec BF171.		
12) Recherche et identification d'un autre psychotrope et drogues synthétiques	BF162	120,00	37,67	Non cumulable avec BF171.		
13) Benzodiazépines, Cannabis, Cocaïne, Méthadone, Opiacés, Amphétamines et dérivés, confirmation et identification si recherche positive ou équivoque	BF163	120,00	37,67			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
14)	Clozapine	BF164	120,00	37,67		
15)	Zolpidem	BF165	120,00	37,67		
16)	Rispéridone	BF166	120,00	37,67		
17)	Clobazam	BF167	120,00	37,67		
<i>Sous-section 5 - Recherche et identification de substances non connues</i>						
1)	Recherche et/ou identification spécifique de substances inconnues dans une suspicion d'une intoxication ou consommation de drogues (par matrice)	BF171	200,00	62,78	Non cumulable avec BF151 à BF162.	
2)	Dosage de substances inconnues dans une suspicion d'intoxication ou de consommation de drogues (par matrice)	BF172	200,00	62,78		
Chapitre 5 - Hématologie						
Section 1 - Cytologie (sang et moelle hématopoïétique)						
1)	Vitesse de sédimentation (VS)	BG001	7,00	2,20	Non cumulable avec BG221.	
2)	Hémoglobine, hémocrite, numération des érythrocytes, leucocytes et thrombocytes, un ou plusieurs de ces examens	BG002	12,00	3,77	Non cumulable avec BG003.	
3)	Hémogramme complet: examen automatisé et contrôle microscopique sur frottis pour anomalie signalée, avec formule sanguine relue au microscope, recherche ou confirmation d'anomalies sur une ou plusieurs lignées sanguines périphériques	BG003	27,00	8,48	Non cumulable avec BG002.	
4)	Réticulocytes	BG006	20,00	6,28		
5)	Mesure de la résistance globulaire par ektacytométrie	BG008	100,00	31,39		Uniquement en cas d'anémie hémolytique chronique inexplicée.
6)	Hémoglobinurie paroxystique nocturne (HPN) - par cytométrie en flux	BG009	80,00	25,11		Uniquement en cas d'une hémoglobinurie, d'une hémolyse inexplicée.
7)	Myélogramme, médullogramme, adénogramme ou splénogramme - préparation et coloration, interprétation non comprise	BG012	80,00	25,11		
8)	Examen microscopique et formule d'un frottis de ponction d'un organe hématopoïétique, y compris les examens cytochimiques éventuels; interprétation et rapport - à l'exclusion de la préparation et de la coloration	BG013	100,00	31,39		Réservé aux médecins spécialisés en hématologie et biologistes.
9)	Recherche par coloration et numération des sidérocytes sidéroblastes ou sidérophages (Perls), sur sang ou moelle osseuse	BG014	40,00	12,56		
10)	Phosphatase alcaline leucocytaire (PAL), myélo-peroxydase (ou noir soudan), PAS (ac. périodique de Schiff), estérases (EsD) - étude cytochimique sur frottis sanguin, par enzyme	BG022	25,00	7,85		
11)	Recherche de globules rouges fœtaux dans le sang maternel (test de Kleihauer)	BG023	50,00	15,70		
Section 2 - Cytométrie en flux et cellules souches						
1)	Typage lymphocytaire sur sang avec numération des lymphocytes T CD3, lymphocytes T CD4+, lymphocytes T CD8+, lymphocytes B CD19, lymphocytes B kappa et lambda ainsi que les cellules NK avec exploration complémentaire en cas d'anomalie	BG031	300,00	94,17		Ne peut être portée en compte que dans le cadre du bilan initial intégré pour la mise au point d'une hémopathie maligne potentiellement circulante.
2)	Typage lymphocytaire sur sang avec numération des lymphocytes T CD3, lymphocytes T CD4+, lymphocytes T CD8+,	BG032	100,00	31,39		Sur prescription explicite, avec renseignements cliniques évocateurs

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
						d'une immunodéficience cellulaire. Conclusion obligatoire.
3) Typage leucocytaire	BG033	100,00	31,39			Sur prescription explicite, avec précision de la pathologie connue ou si hémopathie maligne déjà diagnostiquée au laboratoire. Conclusion obligatoire.
4) Quantification simple plateforme des lymphocytes T CD4 et CD8 par cytométrie en flux, en valeurs absolues	BG034	80,00	25,11		Suivi des immunodéficiences acquises.	
5) Cellules progéniteurs, détermination quantitative par cytométrie en flux	BG035	80,00	25,11	Maximum 1.	Greffe de cellules souches hématopoïétiques.	
6) Typage d'une hémopathie maligne aiguë dans un prélèvement de moelle, diagnostic initial	BG036	500,00	156,96			Renseignements cliniques et conclusions obligatoires.
7) Typage d'une hémopathie maligne aiguë dans un prélèvement de moelle, suivi	BG037	100,00	31,39			Renseignements cliniques et conclusions obligatoires.
8) Identification d'un récepteur ou d'un antigène membranaire, cytoplasmique ou nucléaire de cellules hématopoïétiques, à l'exclusion des antigènes du système HLA	BG038	25,00	7,85	Maximum 5.		Renseignements cliniques et conclusions obligatoires.
9) Culture des cellules souches hématopoïétiques	BG039	400,00	125,56		Uniquement en vue de la détermination des colony forming units (CFU).	
Section 3 - Hématologie chimique						
1) Séparation des hémoglobines	BG101	120,00	37,67			
2) Recherche d'un déficit enzymatique érythrocytaire (pyruvate kinase, glucose 6 phosphate déshydrogénase, hexokinase, phosphofructokinase, FBP-aldolase, triose phosphate isomérase, phosphoglycérate kinase, biphosphoglycérate mutase, glutathion réductase, adénosine désaminase, adénylate kinase) par enzyme	BG102	100,00	31,39		Limité à l'exploration d'un syndrome hémolytique chronique.	
3) Typage d'une hémoglobinopathie	BG103	120,00	37,67			
Section 4 - Hémostase et coagulation						
1) Temps de saignement (T.S.) par test d'Ivy (incision ou 3 points à l'avant-bras sous tension de 40 mm Hg)	BG201	5,00	1,57	Non cumulable avec BG202.		
2) Temps d'occlusion (T. de "saignement") déterminé in vitro par analyseur de la fonction plaquettaire (PFA)	BG202	50,00	15,70	Non cumulable avec BG201.		
3) Taux de prothrombine avec INR, temps de thromboplastine (temps de Quick et/ou thrombotest d' Owren) (détermination au laboratoire)	BG211	14,00	4,39			
4) Taux de prothrombine (temps de Quick), détermination en dehors d'un laboratoire, sur bandelette	BG212	9,00	2,83			
5) Temps partiel de thromboplastine (aPTT) / temps de céphaline avec activateur (kaolin)	BG213	20,00	6,28			
6) Dosage des anticoagulants oraux à action directe	BG214	50,00	15,70		Urgences opératoires, situations d'urgences hémorragiques.	
7) Temps de thrombine ou temps de reptilase (en présence d'héparine)	BG216	16,00	5,02			
8) Héparinémie par mesure de l'activité antithrombine (anti-II activé) et/ou de l'activité anti-facteur X activé	BG217	50,00	15,70			
9) Fibrinogène, dosage	BG221	20,00	6,28	Non cumulable avec BG001.		
10) Facteur II (prothrombine), dosage	BG222	50,00	15,70			
11) Facteur V (proaccélélerine), dosage	BG223	50,00	15,70			
12) Facteur VII (proconvertine), dosage	BG224	50,00	15,70			

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
13)	Facteur VIII coagulant, facteur antihémophilique A, dosage	BG225	50,00	15,70		
14)	Facteur de von Willebrand, dosage qualitatif de l'activité du cofacteur de la ristocétine (vWF RCo) ou Collagen Binding Assay (vWF CB)	BG226	50,00	15,70		
15)	Facteur von Willebrand, antigène	BG227	50,00	15,70		
16)	Facteur antihémophilique B (IX), dosage	BG228	50,00	15,70		
17)	Dosage du facteur X (Stuart)	BG229	50,00	15,70		
18)	Dosage du facteur XI (PTA)	BG230	50,00	15,70		
19)	Dosage du facteur XII (Hagemann)	BG231	50,00	15,70		
20)	Facteur XIII (FSF - facteur de stabilisation de la fibrine), dosage	BG232	50,00	15,70		
21)	AT III - Antithrombine III antigène et/ou activité cofacteur II de l'héparine	BG242	50,00	15,70		Mise au point d'un bilan de thrombophilie acquise et sur renseignement clinique explicite.
22)	Dosage de la protéine C antigène et/ou activité	BG243	50,00	15,70		Mise au point d'un bilan de thrombophilie acquise et sur renseignement clinique explicite.
23)	Dosage de la protéine S antigène et/ou activité	BG244	50,00	15,70		Mise au point d'un bilan de thrombophilie acquise et sur renseignement clinique explicite.
24)	APCR - Résistance à la protéine C activée	BG245	50,00	15,70		Mise au point d'un bilan de thrombophilie acquise et sur renseignement clinique explicite.
25)	Plasminogène, dosage	BG251	50,00	15,70		
26)	D-dimères, dosage	BG253	60,00	18,83		Dans le cadre de diagnostic d'exclusion d'une TVP ou d'une embolie pulmonaire.
27)	Dosage des complexes solubles des monomères de fibrine	BG254	50,00	15,70		Uniquement pour suivi CIVD.
28)	Anticoagulant spécifique acquis, recherche	BG255	20,00	6,28		
29)	Anticoagulant spécifique acquis, identification et dosage	BG256	200,00	62,78		Mise au point d'un bilan de thrombophilie acquise ou de pathologie auto-immune et sur renseignement clinique explicite.
30)	Anticoagulant lupique, recherche (minimum 3 tests)	BG257	200,00	62,78		Mise au point d'un bilan de thrombophilie acquise et sur renseignement clinique explicite.
31)	Thrombocytes, étude complète de l'agrégabilité plaquettaire en présence de plusieurs inducteurs avec enregistrement continu des courbes d'agrégation, au moins 3 inducteurs	BG258	300,00	94,17		Renseignements cliniques obligatoires.
Section 5 - Groupes sanguins/Immunohématologie						
1)	Epreuve complète de compatibilité pré-transfusionnelle (cross-match), susceptible de détecter des anticorps irréguliers érythrocytaires, par concentré érythrocytaire	BG302	35,00	10,99		Uniquement en cas d'antécédents de RAI positive et/ou d'allo-anticorps.
2)	Détermination des groupes sanguins ABO et Rh D (épreuve sérique et épreuve globulaire de Simonin par érythrocytes-tests)	BG311	24,00	7,53		La détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.
3)	Détermination des sous-groupes A et des groupes A / B faibles	BG316	9,00	2,83		La détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
						prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.
4)	Recherche de l'antigène D (RH1) (si antigène D négatif à la détermination)	BG321	12,00	3,77		La détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.
5)	Détermination des antigènes C (RH2), E (RH3), c (RH4), e (RH5) du système Rhésus, et de l'antigène K (KEL1)	BG322	35,00	10,99		La détermination du facteur rhésus et du groupe sanguin non conditionnée par un traitement stationnaire en milieu hospitalier est à charge de l'assurance maladie uniquement sur prescription médicale justifiant la nécessité thérapeutique de cette détermination.
6)	Détermination d'autres antigènes érythrocytaires (du système Rhésus, Lewis, MNS, Duffy, Kidd, Lutheran, P ou autre), par antigène	BG325	50,00	15,70		- En cas d'identification d'anticorps. - En cas de difficulté à identifier un/des anticorps. - Pour assurer la sécurité transfusionnelle. - En cas de phénotype K+ (KEL2).
7)	Recherche d'anticorps irréguliers érythrocytaires, RAI	BG331	39,00	12,24		Uniquement en cas de grossesse, en préopératoire et pré-transfusionnel, de contrôle post-transfusionnel et post-partum.
8)	Identification d'anticorps irréguliers érythrocytaires par un panel avec cellules-tests (si recherche BG331 positive ou si les antécédents du patient le justifient), par panel	BG333	65,00	20,40	Maximum 3.	
9)	Titrage d'un anticorps irrégulier érythrocytaire identifié, par anticorps, selon la technique adaptée au type d'anticorps	BG334	65,00	20,40		
10)	Dosage pondéral d'un anticorps	BG335	82,00	25,74		
11)	Dépistage et titrage des anticorps immuns du système ABO	BG338	35,00	10,99		Avant ou après la naissance ou en cas de déficit immunitaire.
12)	Test direct à l'antiglobuline (test de Coombs direct, pour la détection d'anticorps fixés sur les hématies), avec une antiglobuline humaine polyvalente	BG341	15,00	4,71		
13)	Test direct à l'antiglobuline (test de Coombs direct, pour la détection d'anticorps fixés sur les hématies), avec une antiglobuline humaine (mono) spécifique	BG342	12,00	3,77	Maximum 4.	Uniquement si BG341 positif.
14)	Recherche avec ou sans identification d'anticorps irréguliers sur éluat, en cas de réaction directe de Coombs positive	BG345	35,00	10,99		
15)	Adsorption du sérum ou du plasma sur hématies autologues (auto-adsorption)	BG346	20,00	6,28		En cas de RAI complexe (auto-anticorps de large spécificité, mélange d'anticorps, autres ...), dans le but d'aider à l'identification des allo-anticorps d'intérêt transfusionnel.
16)	Adsorption du sérum ou du plasma sur hématies homologues (allo-adsorption)	BG347	95,00	29,82		En cas de RAI complexe (auto-anticorps de large spécificité, mélange d'anticorps, autres ...), dans le but d'aider à l'identification des allo-anticorps d'intérêt transfusionnel.
17)	Traitement des hématies servant à auto ou allo-adsorber (ZZAP, chloroquine, papaine ou autre)	BG348	25,00	7,85		

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
18)	Traitement du sérum du malade pour analyses immunohématologiques spéciales (exemples : DTT, mercaptoéthanol, acides)	BG349	30,00	9,42		
19)	Recherche d'agglutinines froides	BG351	12,00	3,77		
20)	Titrage d'agglutinines froides, en cas de recherche positive	BG352	25,00	7,85		Uniquement si BG351 positif.
21)	Identification d'agglutinines froides, en cas de recherche positive	BG353	55,00	17,27		
22)	Recherche d'anticorps plaquettaires	BG371	100,00	31,39		
23)	Identification d'anticorps plaquettaires, par un panel avec cellules-tests	BG372	300,00	94,17		Uniquement si BG371 positif.
24)	Recherche d'anticorps granulocytaires (anti-HNA)	BG380	100,00	31,39		
25)	Identification d'anticorps HNA	BG381	270,00	84,76		
26)	Détermination du groupe plaquettaire	BG382	180,00	56,50		
27)	Détermination du groupe granulocyttaire	BG383	180,00	56,50		
28)	Identification d'anticorps irréguliers érythrocytaires par un panel avec cellules-tests, après auto (BG346) ou allo-adsorption (BG347) du plasma. Par panel	BG384	60,00	18,83	Maximum 3.	En cas de RAI complexe (auto-anticorps de large spécificité, mélange d'anticorps, autres ...), dans le but d'aider à l'identification des allo-anticorps d'intérêt transfusionnel.

Chapitre 6 - Microbiologie

REMARQUE:

La cotation forfaitaire s'impose, quel que soit le nombre de germes recherchés et éventuellement identifiés et le nombre d'antibiogrammes effectués, sauf exceptions prévues.

Cette cotation forfaitaire exclut toute autre cotation, sauf exceptions expressément prévues.

1. La cotation forfaitaire inclut les recherches suivantes, communes à tous les examens microbiologiques :

- examen microscopique qualitatif d'orientation direct et si nécessaire semi-quantitatif et après colorations adaptées : cytologique, bactériologique, mycologique, éventuellement recherche de Trichomonas en précisant le cas échéant une rupture d'équilibre de la flore usuelle, y compris lorsque la nature de l'échantillon ne permet qu'une apposition ou empreinte ;
- cultures bactériologiques d'isolement après enrichissement si nécessaire :

- . des bactéries aérobies ;

- . des bactéries anaérobies éventuellement ;

- cultures mycologiques d'isolement si nécessaire ;

- identification biochimique et/ou antigénique des bactéries cultivant en aérobiose y compris la révélation d'une résistance hétérogène chez Staphylococcus aureus ;

- mise en évidence d'une bêta lactamase lorsque la nature de l'espèce bactérienne l'exige (Staphylococcus, Neisseria, Haemophilus) ;

- identification du Candida albicans ;

- antibiogramme(s) / antifongigramme(s), (bactérie aérobie, bactérie anaérobie, champignon) pratiqué(s) notamment en raison soit de la qualité, de la densité de l'espèce ou des espèces isolées, soit de l'état clinique du patient ou du siège de l'infection.

2. En sus de la cotation forfaitaire affectée aux recherches incluses dans l'ensemble minimal défini en 1., les examens supplémentaires suivants peuvent être cotés, sauf exclusion, dans les conditions définies à chaque rubrique :

- identification biochimique et/ou antigénique d'une espèce bactérienne anaérobie isolée (BH204) ;

- identification d'un champignon isolé en souche pure, autre que *Candida albicans* (BH404) ;
- concentration minimale inhibitrice (CMI) (BH604, BH605, BH606, BH607) ;
- identification d'une toxine bactérienne (BH302 à BH304).

Section 1 - Examens affectés d'une cotation forfaitaire

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
1) Examen cytot bactériologique des urines (ECBU) Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH101	50,00	15,70	Non cumulable avec BH102 si la culture est négative. Non cumulable avec BC202, BC203.		Les recherches de <i>Mycoplasma</i> dans les urines, <i>Chlamydia trachomatis</i> et <i>Mycobacterium</i> (examen de seconde intention) peuvent être effectuées et facturées uniquement sur prescription explicite.
2) Examen cytot bactériologique des urines (ECBU) Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH102	70,00	21,97	Non cumulable avec BH101 si la culture est négative.		
3) Sécrétions, exsudats et ulcérations de localisation génitale et ano-génitale. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH103	70,00	21,97	Non cumulable avec BH104 si la culture est négative.		Les recherches de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , de <i>Chlamydia trachomatis</i> (BH905), des mycoplasmes (BH313), de <i>Treponema pallidum</i> ou de <i>Haemophilus ducreyi</i> , dont les cotations sont cumulables avec la cotation BH104, ne peuvent être effectuées et facturées que sur prescription explicite.
4) Sécrétions, exsudats et ulcérations de localisations génitale et ano-génitale (Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification...")	BH104	70,00	21,97	Non cumulable avec BH103 si la culture est négative.		Les recherches de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , de <i>Chlamydia trachomatis</i> (BH905), des mycoplasmes (BH313), de <i>Treponema pallidum</i> ou de <i>Haemophilus ducreyi</i> , dont les cotations sont cumulables avec la cotation BH104, ne peuvent être effectuées et facturées que sur prescription explicite.
5) Produit d'origine intra-pelvienne. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH106	110,00	34,53	Non cumulable avec BH107 si la culture est négative.		
6) Produit d'origine intra-pelvienne. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH107	110,00	34,53	Non cumulable avec BH106 si la culture est négative.		1° La numération par unité de volume (si possible par ml) de chaque espèce bactérienne isolée; la recherche de mycoplasmes uniquement sur prescription explicite. 2° La recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i> par une technique d'amplification génique que sur prescription explicite.
7) Matières fécales ou prélèvement rectal. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH108	70,00	21,97	Non cumulable avec BH109 si la culture est négative.		Cet examen comprend la recherche de <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i> , <i>Salmonelle</i> et <i>Shigelle</i> . Les autres agents pathogènes nécessitent une prescription explicite et peuvent être cotés en sus.
8) Matières fécales ou prélèvement rectal. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la	BH109	70,00	21,97	Non cumulable avec BH108 si la culture est négative.		Cet examen comprend la recherche de <i>Campylobacter</i> , <i>Yersinia</i> ,

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
						Salmonelle et Shigelle. Les autres agents pathogènes nécessitent une prescription explicite et peuvent être cotés en sus.	
9)	Sperme. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH110	70,00	21,97	Non cumulable avec BH111 si la culture est négative.		La recherche de Chlamydia trachomatis doit être systématiquement effectuée et facturée en plus. Les recherches des Mycoplasmes et Neisseria gonorrhoeae ne peuvent être facturées que sur prescription explicite.
10)	Sperme. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH111	70,00	21,97	Non cumulable avec BH110 si la culture est négative.		Ce code inclut la détermination quantitative et/ou semi-quantitative par unité de volume (si possible par ml) de chaque espèce bactérienne isolée La recherche de Chlamydia trachomatis doit être systématiquement effectuée et facturée en plus. Les recherches des Mycoplasmes et Neisseria gonorrhoeae ne peuvent être facturées que sur prescription explicite.
11)	Sécrétions et exsudats de la sphère oro-rhino-pharyngée Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH112	50,00	15,70	Non cumulable avec BH113 si la culture est négative.		
12)	Sécrétions et exsudats de la sphère oro-rhino-pharyngée. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH113	50,00	15,70	Maximum 2 prélèvements. Non cumulable avec BH112 si la culture est négative. Non cumulable avec BH316.		Eventuellement: La recherche des polynucléaires éosinophiles et leur pourcentage. La recherche d'un micro-organisme par méthode immunologique (IF1, EIA, ...) quel que soit le nombre de sérums utilisés, y compris le groupage du streptocoque.
13)	Sécrétions broncho-pulmonaires et expectorations. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH114	75,00	23,54	Non cumulable avec BH115 si la culture est négative.		
14)	Sécrétions broncho-pulmonaires et expectorations. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH115	75,00	23,54	Non cumulable avec BH114 si la culture est négative.		Ce code inclus la détermination de la qualité de l'échantillon par microscopie. Dans le cas d'isolement de Streptococcus pneumoniae indépendamment de l'antibiogramme, la mesure de la CMI en cas d'une sensibilité diminuée à la pénicilline qui sera cotée en sus (acte BH607). La recherche de mycobactéries peut être réalisée que sur prescription explicite.
15)	Produits d'aspiration ou de brossage bronchique protégé (BBP). Liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA). Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH116	100,00	31,39	Non cumulable avec BH117 si la culture est négative.		
16)	Produits d'aspiration ou de brossage bronchique protégé (BBP). Liquide de lavage broncho-alvéolaire (LBA).	BH117	100,00	31,39	Non cumulable avec BH116 si la culture est négative.		L'examen microscopique après cyto-centrifugation de l'échantillon

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
						Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	
17)	Liquides de ponction: Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH118	100,00	31,39	Non cumulable avec BH119 si la culture est négative.		consistera à quantifier les espèces isolées. L'antibiogramme sera pratiqué lorsque les espèces par leur nombre d'unités formant colonies (UFC) sont susceptibles d'être responsables d'un processus infectieux (dans le cas de produits d'aspirations et de BBP lorsque le nombre d'UFC atteint ou dépasse 103/ml et dans le cas du LBA si ce nombre dépasse 104/ml). L'isolement de Streptococcus pneumoniae entraîne la mesure de la CMI qui sera cotée en sus (acte BH607). Sur prescription explicite : - Mycobactéries, Protozoaires, autres parasites.
18)	Liquides de ponction: Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH119	100,00	31,39	Non cumulable avec BH118 si la culture est négative.		1) Eventuellement la recherche de cristaux. 2) La cytologie quantitative et proportionnelle après colorations différentielles et après cyto centrifugation (sauf dans le cas de kystes ou de produit de paracentèse). L'isolement d'une espèce bactérienne entraîne la mesure de la CMI pour la molécule retenue pour le traitement qui sera cotée en sus (BH604, BH605, BH606, BH607). La recherche de mycobactéries ne peut être réalisée que sur prescription explicite. 3) La recherche des antigènes Escherichia coli, Haemophilus influenzae, Neisseria meningitidis et streptococcus pneumoniae sur liquide céphalo-rachidien peut être cotée en sus.
19)	Prélèvement oculaire. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH120	50,00	15,70	Non cumulable avec BH121 si la culture est négative.		
20)	Prélèvement oculaire. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH121	50,00	15,70	Non cumulable avec BH120 si la culture est négative.		
21)	Prélèvement au niveau de la peau ou des phanères. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH122	55,00	17,27	Non cumulable avec BH123 si la culture est négative. Maximum 3 prélèvements.		
22)	Prélèvement au niveau de la peau ou des phanères. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH123	55,00	17,27	Non cumulable avec BH122 si la culture est négative. Maximum 3 prélèvements.		Sur prescription explicite, recherche de Mycobacterium sp., se référer à BH311 et éventuellement à BH308 et BH310.
23)	Plaie, écoulement purulent, tissu.	BH124	60,00	18,83	Non cumulable avec BH125 si la		Prélèvement tissulaire biopsique,

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
				culture est négative. Maximum 3 prélèvements.		pièce opératoire, fistule, liquide d'écoulement spontané, lésion du conduit auditif externe.
24) Plaie, écoulement purulent, tissu. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH125	60,00	18,83	Non cumulable avec BH124 si la culture est négative. Maximum 3 prélèvements.		Sur prescription explicite, recherche de Mycobactéries.
25) Pus (collection fermée) Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH126	100,00	31,39	Non cumulable avec BH127 si la culture est négative.		
26) Pus (collection fermée) Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH127	100,00	31,39	Non cumulable avec BH126 si la culture est négative.		L'étude consiste systématiquement à rechercher et à identifier les espèces anaérobies. Le ou les antibiogrammes des espèces anaérobies (BH602) sont cotés en sus.
27) Prélèvements divers Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH128	75,00	23,54	Non cumulable avec BH129 si la culture est négative.		
28) Prélèvements divers Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH129	75,00	23,54	Non cumulable avec BH128 si la culture est négative.		1) Cathéter, chambre implantable, matériel de prothèse, valves. Outre les recherches incluses dans la cotation forfaitaire, l'étude consiste à fournir une quantification exprimée en UFC d'une même espèce. 2) Mèches (par site), redon (par site), stérilet à l'exception de l'examen direct d'orientation les recherches sont celles incluses dans la cotation forfaitaire.
29) Placenta, loochies. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH130	50,00	15,70	Non cumulable avec BH131 si la culture est négative.		
30) Placenta, loochies. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH131	50,00	15,70	Non cumulable avec BH130 si la culture est négative.		Eventuellement: 1) Listeria monocytogenes 2) Streptocoque B Sur prescription explicite : - Mycobacterium tuberculosis.
31) Prélèvements pluri-orificiels - Chez le nouveau-né. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH132	75,00	23,54	Non cumulable avec BH133 si la culture est négative.		
32) Prélèvements pluri-orificiels - Chez le nouveau-né. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH133	75,00	23,54	Non cumulable avec BH132 si la culture est négative.		Quel que soit le nombre de prélèvements et leur site, au minimum deux, avant la première toilette ou avant la douzième heure de la délivrance. Outre les recherches incluses dans la cotation forfaitaire l'étude consiste à rechercher essentiellement le nombre d'UFC d'une même espèce.
33) Hémocultures en aérobose et en anaérobose. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire jusqu'à l'étape analytique "culture" (incluse)	BH134	60,00	18,83	Non cumulable avec BH135 si la culture est négative.		
34) Hémocultures en aérobose et en anaérobose. Le code inclut tous les examens microbiologiques définis par la cotation forfaitaire à partir de l'étape analytique "identification..."	BH135	60,00	18,83	Non cumulable avec BH134 si la culture est négative.		Le biologiste peut à son initiative appliquer les cotations supplémentaires suivantes si nécessaire (BH601, BH602, BH603, BH604, BH605, BH606, BH607).

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
Section 2 - Recherche d'une bactérie nommément désignée						
REMARQUE: Recherche soit isolée, soit sur prescription explicite prévue supra. (Sauf agents infectieux de la section 3).						
1)	Bactérie aérobique ou microaérophile. Ces examens comprennent: l'examen microscopique d'orientation direct après colorations adaptées avec cytologie courante dans le cas d'une recherche isolée; les cultures d'isolement après enrichissement	BH201	30,00	9,42	Non cumulable avec BH202 si la culture est négative. Non cumulable avec BH907, BH908, BH909, BH911, BH912, BH913.	
2)	Bactérie aérobique ou microaérophile: identification d'un germe	BH202	30,00	9,42	Non cumulable avec BH201 si la culture est négative. Non cumulable avec BH907, BH908, BH909, BH911, BH912, BH913.	Les actes BH601, BH604 peuvent être cotés à l'initiative du biologiste.
3)	Bactérie anaérobique. Ces examens comprennent: l'examen microscopique d'orientation direct après colorations adaptées avec cytologie courante dans le cas d'une recherche isolée; les cultures d'isolement après enrichissement	BH203	40,00	12,56	Non cumulable avec BH204 si la culture est négative. Non cumulable avec BH907, BH908, BH909, BH910, BH911, BH912, BH913.	
4)	Bactérie anaérobique: identification d'un germe	BH204	40,00	12,56	Non cumulable avec BH203 si la culture est négative. Non cumulable avec BH907, BH908, BH909, BH910, BH911, BH912, BH913.	Les actes BH602, BH605 peuvent être cotés à l'initiative du biologiste.
Section 3 - Actes isolés						
1)	Recherche isolée des polynucléaires éosinophiles dans une sécrétion	BH301	15,00	4,71		
2)	Identification d'une toxine bactérienne	BH302	50,00	15,70	Maximum 3. Non cumulable avec BH907, BH908, BH920.	A mentionner explicitement sur la prescription.
3)	Toxinotype botulique	BH303	200,00	62,78		
4)	Sérotypage d'une espèce bactérienne	BH304	40,00	12,56	Non cumulable avec BH908.	
5)	Helicobacter pylori, recueil et analyse des 2 échantillons d'air expiré - par spectrométrie de masse ou par spectrométrie infrarouge	BH305	65,00	20,40	Non cumulable avec BH306, BH909.	Surveillance de l'efficacité du traitement d'éradication de cette infection, au moins quatre semaines après l'arrêt du traitement d'éradication et au moins une semaine après l'arrêt d'un traitement antisécrétoire.
6)	Helicobacter pylori: antigène	BH306	40,00	12,56	Non cumulable avec BH305, BH909.	
7)	Legionella pneumophila: recherche d'antigène soluble urinaire	BH307	90,00	28,25	Non cumulable avec BH910.	
8)	Mycobactéries, examen microscopique après coloration spéciale et, si nécessaire, après concentration (avec ou sans fluorescence)	BH308	30,00	9,42	Non cumulable avec BH912.	
9)	Mycobactéries, culture d'isolement sur milieu solide et liquide	BH309	80,00	25,11	Non cumulable avec BH912.	
10)	Mycobactéries, isolement et identification à partir d'un produit pathologique solide (pièce opératoire, biopsie, etc.), de crachats, tubages, urines et autres liquides biologiques (ascite, liquide pleural, etc.)	BH310	60,00	18,83	Non cumulable avec BH912.	
11)	Mycobactéries, isolement à partir d'organe, sang et moelle osseuse	BH311	80,00	25,11	Non cumulable avec BH912.	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
12)	Mycobacterium tuberculosis, détermination in vitro de la libération d'interféron gamma par leucocytes sensibilisés après stimulation par des antigènes spécifiques	BH312	320,00	100,45		1. Patients HIV+ avec immunodépression. 2. Aide au diagnostic d'une tuberculose extra-pulmonaire. 3. Aide au diagnostic d'une tuberculose active chez les enfants de 5 à 18 ans. 4. En cas de contact étroit avec une personne atteinte de tuberculose active (en dehors des enquêtes organisées et réalisées par la Ligue médico-sociale). 5. Avant la mise en route d'un traitement par anti-TNF ou immunosuppresseur. 6. Examen d'embauche et suivi des professionnels de santé exposés (Prescription dans le cadre de la médecine du travail).	Sur prescription explicite avec renseignements cliniques.
13)	Mycoplasmes de la sphère uro-génitale (Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum), culture semiquantitative sur milieux spéciaux avec caractérisation biochimique	BH313	40,00	12,56	Une seule cotation peut être appliquée par prélèvement et sur prescription explicite.		
14)	Recherche d'antigènes solubles dans le liquide céphalo-rachidien	BH314	90,00	28,25			Réservé au milieu hospitalier.
15)	Streptococcus pneumoniae, antigènes solubles	BH315	90,00	28,25			
16)	Recherche directe du streptocoque du groupe A	BH316	25,00	7,85	Non cumulable avec BH113.		
Section 4 - Mycologie							
1)	Recherche des agents de mycoses habituellement rencontrés en pathologie courante, levures et champignons filamenteux (dermatophytes compris). Cet examen comprend : - l'examen microscopique d'orientation, après préparation et colorations adaptées ; - la culture d'isolement sur milieux spéciaux	BH402	70,00	21,97	Non cumulable avec BH403 si la recherche est négative. Non cumulable avec BH406, BH951 et BH952.		
2)	Recherche des agents de mycoses habituellement rencontrés en pathologie courante, levures et champignons filamenteux (dermatophytes compris). Recherche de Candida albicans, sur prescription isolée	BH403	16,00	5,02	Non cumulable avec BH402 si la culture est négative. Non cumulable avec BH406, BH951 et BH952.		
3)	Si l'examen de ces champignons (BH402, BH403) autres que Candida albicans est poussé jusqu'à l'identification de l'espèce, cette cotation s'ajoute à la cotation (BH402, BH403). (Hors dermatophytes)	BH404	50,00	15,70	Non cumulable avec BH951 et BH952.		Cette cotation s'applique également pour l'identification d'une souche de champignon autre que Candida albicans, reçue d'un autre laboratoire.
4)	Recherche de Malassezia furfur par examen direct. Recherche d'un champignon exotique tels que Sporothrix schenckii, Histoplasma capsulatum, Blastomyces dermatitidis, agents de mycétomes, etc	BH405	25,00	7,85	Non cumulable avec BH951 et BH952.		
5)	Examen direct sur frottis, isolement sur milieux spéciaux et étude des caractères cultureux permettant l'identification du champignon	BH406	100,00	31,39	Non cumulable avec BH402, BH403, BH951 et BH952.		Réservé aux dermatophytes et aux champignons filamenteux.
6)	Pneumocystis carinii, recherche	BH407	60,00	18,83	Non cumulable avec BH952.		
Section 5 - Parasitologie							
REMARQUE: Les examens parasitologiques de selles apportées au laboratoire comprennent :							

- un examen macroscopique et microscopique direct : helminthes et leurs œufs, protozoaires et leurs kystes ;
 - une recherche microscopique des œufs et kystes après concentration.

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
1)	Examen parasitologique des selles	BH501	90,00	28,25	Non cumulable avec BH506, BH971.	
2)	Recherche de Cryptosporidium dans les selles	BH502	60,00	18,83		A mentionner explicitement sur la prescription.
3)	Recherche d'œufs d'helminthes sur la marge de l'anus (méthode de la cellophane adhésive, ou autre)	BH503	25,00	7,85		
4)	Recherche sur selles récemment émises, des larves d'anguillules par la technique d'extraction de Baermann	BH504	25,00	7,85		A mentionner explicitement sur la prescription.
5)	Recherche des œufs de bilharzies sur urines	BH505	25,00	7,85		A mentionner explicitement sur la prescription.
6)	Recherche et/ou identification éventuelle d'un parasite par examen macroscopique et/ou microscopique (Demodex, helminthes, arthropodes et autres)	BH506	10,00	3,14	Non cumulable avec la cotation BH501, s'il s'agit d'une recherche dans les selles.	A mentionner explicitement sur la prescription.
7)	Recherche des hématozoaires sur frottis et/ou goutte épaisse	BH507	100,00	31,39		
8)	Echinococcus spp, recherche des antigènes	BH508	50,00	15,70		A mentionner explicitement sur la prescription.
9)	Entamoeba histolytica, recherche	BH509	40,00	12,56	Non cumulable avec BH971.	A mentionner explicitement sur la prescription.
<p>Section 6 - Sensibilité des bactéries et des champignons aux antibiotiques</p> <p>REMARQUE: Etude de la sensibilité en bactériostase d'une bactérie (autre qu'une mycobactérie) ou d'un champignon nommé désigné. Quelle que soit la méthode utilisée, quel que soit le nombre d'antibiotiques essayés, quel que soit le mode d'expression des résultats, avec interprétation.</p>						
1)	Bactérie aérobie (à l'exclusion des mycoplasmes)	BH601	40,00	12,56		
2)	Bactérie anaérobie (à l'exclusion des mycoplasmes)	BH602	60,00	18,83		
3)	Champignon	BH603	60,00	18,83		
4)	Bactérie aérobie (à l'exclusion des mycoplasmes)	BH604	50,00	15,70		Détermination de la concentration minimale inhibitrice (CMI) d'un micro-organisme: en utilisant une gamme comportant au minimum une série de 10 concentrations. Cette cotation s'applique aux espèces responsables d'infections systémiques, après étude de leur sensibilité en bactériostase (antibiogramme).
5)	Bactérie anaérobie (à l'exclusion des mycoplasmes)	BH605	70,00	21,97		Détermination de la concentration minimale inhibitrice (CMI) d'un micro-organisme: en utilisant une gamme comportant au minimum une série de 10 concentrations. Cette cotation s'applique aux espèces responsables d'infections systémiques, après étude de leur sensibilité en bactériostase (antibiogramme).

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
6) Levures	BH606	70,00	21,97			Détermination de la concentration minimale inhibitrice (CMI) d'un micro-organisme: en utilisant une gamme comportant au minimum une série de 10 concentrations. Cette cotation s'applique aux espèces responsables d'infections systémiques, après étude de leur sensibilité en bactériostase (antibiogramme).
7) Streptococcus pneumoniae	BH607	50,00	15,70			Détermination de la concentration minimale inhibitrice (CMI) d'un micro-organisme: en utilisant une gamme de concentration adaptée à la mise en évidence d'une diminution de sensibilité aux bêta lactamines.
8) Détermination de la concentration minimale inhibitrice, des antifongiques (cotation réservée aux champignons filamenteux de pousse lente [> à 1 semaine] qui ne peuvent être testés par la méthode des disques). Par antifongique testé	BH608	80,00	25,11	Cotation maximum de 2 antifongiques.		
9) Etude de la sensibilité d'une mycobactérie vis-à-vis des antibiotiques. Par antibiotique essayé	BH609	60,00	18,83			
10) Mise en évidence de la résistance à la méthycilline/oxacilline du staphylococcus aureus	BH610	20,00	6,28	Maximum 5 sites de prélèvement.		
11) Mise en évidence de la résistance à la vancomycine de l'entérocoque, max. 3 sites de prélèvement	BH611	20,00	6,28			
12) Bactéries gram négatifs, mise en évidence de la production de BLSE (bêtalactamases à spectre élargi)	BH612	40,00	12,56			A mentionner explicitement sur la prescription ou à l'initiative du biologiste.
13) Bactéries gram négatifs, mise en évidence de la production de carbapénémase	BH613	40,00	12,56			A mentionner explicitement sur la prescription ou à l'initiative du biologiste.
REMARQUE: La cotation BH603 s'applique uniquement aux levures et aux champignons de pousse rapide inférieur à 5 jours. Pour les levures, à l'exception de celles isolées sur prélèvement de sang ou de LCR, un antifongigramme ne peut être coté que si (dans les cas où le directeur de laboratoire constate) une abondance de levures à l'examen direct dans le prélèvement étudié ou la présence de nombreuses colonies sur tubes de cultures est constatée; ces appréciations doivent être explicitées dans le compte rendu de l'examen. Nota. - Il ne peut être coté plus de 2 antibiogrammes (BH601, BH602, BH603) pour l'acte BH135.						
Section 7 - Virologie						
1) Adénovirus, recherche des antigènes	BH701	25,00	7,85	Non cumulable avec BH702, BH801.		
2) Adénovirus, isolement, par culture	BH702	100,00	31,39	Non cumulable avec BH701, BH801.		
3) Astrovirus, recherche	BH703	25,00	7,85			
4) Cytomégalovirus, recherche des antigènes	BH704	25,00	7,85	Non cumulable avec BH705, BH805.	Immunodéprimés.	
5) Cytomégalovirus, isolement, par culture	BH705	100,00	31,39	Non cumulable avec BH704, BH805.	Immunodéprimés.	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
6)	Entérovirus (poliovirus inclus), isolement par culture	BH706	100,00	31,39	Non cumulable avec BH806, BH839, BJ050.	
7)	Entérovirus (poliovirus inclus), identification/ typisation	BH707	150,00	47,09	Non cumulable avec BH806, BH839, BJ050.	Uniquement si la recherche d'entérovirus est positive.
8)	Herpès simplex, virus type 1 ou 2 (HSV-1 ou HSV-2), recherche	BH708	35,00	10,99	Non cumulable avec BH709, BH816.	
9)	Herpès simplex, virus (HSV) isolement par culture	BH709	100,00	31,39	Non cumulable avec BH708, BH816.	
10)	Influenzavirus A ou B, recherche des antigènes	BH712	25,00	7,85	Non cumulable avec BH713, BH828.	
11)	Influenzavirus A ou B, isolement par culture	BH713	100,00	31,39	Non cumulable avec BH712, BH828.	
12)	Influenzavirus A ou B, identification et typisation, si recherche positive	BH714	150,00	47,09	Non cumulable avec BH828.	
13)	Norovirus, recherche des antigènes	BH715	25,00	7,85	Non cumulable avec BH832.	
14)	Parainfluenzavirus type 1, 2, 3 ou 4, recherche des antigènes	BH716	25,00	7,85	Non cumulable avec BH837.	
15)	Respiratory syncytial virus (RSV), recherche des antigènes	BH717	25,00	7,85	Non cumulable avec BH841.	
16)	Rotavirus, recherche des antigènes	BH719	25,00	7,85	Non cumulable avec BH842.	
17)	Rage virus, recherche des antigènes	BH720	25,00	7,85	Non cumulable avec BH721.	
18)	Rage virus, isolement par cultures cellulaires, un type de cellules ou par inoculation sur l'animal	BH721	100,00	31,39	Non cumulable avec BH720.	
19)	Virus de la varicelle/zona, isolement par culture rapide	BH722	100,00	31,39	Non cumulable avec BH844.	
<p>Section 8 - Biologie moléculaire</p> <p>REMARQUE: Pour un même pathogène, la recherche par biologie moléculaire n'est pas cumulable aux recherches par autres méthodes analytiques telles que cultures, anticorps, antigènes ou examens directs, sauf exceptions mentionnées aux codes concernés. La recherche ne peut se faire que sur un seul et unique site de prélèvement par pathogène prescrit, sauf exceptions mentionnées aux codes concernés.</p> <p><i>Sous-section 1 - Virologie</i></p>						
1)	Adénovirus, amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql	BH801	80,00	25,11	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909, BH971. Non cumulable avec BJ001 à BJ003 et BH701, BH702.	
2)	Bocavirus, amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql	BH802	110,00	34,53	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916.	Infection respiratoire chez les enfants <14 ans.
3)	Coronavirus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH803	100,00	31,39	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916.	
4)	MERS-Coronavirus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH804	175,00	54,93	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916.	
5)	Cytomégalovirus, amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql ou qn	BH805	110,00	34,53	Non cumulable avec BJ004 à BJ007 et BH704, BH705.	Infection congénitale, immunodéprimés.
6)	Entérovirus (poliovirus inclus), amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH806	100,00	31,39	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842,	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
				BH908, BH909, BH971. Non cumulable avec BH706/BH707 et BJ050.			
7)	Epstein-Barr virus, amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, qn	BH807	110,00	34,53	Non cumulable avec BJ008 à BJ013.	Immunodéprimés.	
8)	Flavivirus spp., amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql, par espèce (max 3)	BH808	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ014 à BJ017.		
9)	Fièvre hémorragique (virus Arena, Bunya, Filo, Hanta), amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql, par espèce (max 3)	BH809	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ018 et BJ019.		
10)	Hépatite A virus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH810	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ020 et BJ021.	Immunodéprimés.	
11)	Hépatite B virus, amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql ou qn	BH811	150,00	47,09	Non cumulable BJ025 et BJ028.	Si profil sérologique atypique (AgHBs nég + AchHbc pos + AchHb nég ou AgHBs pos + AchHbc pos + AchHb pos), suivi d'une hépatite B chronique ou patient immunodéprimé.	Dans le suivi d'une hépatite chronique, possibilité de cumuler avec BJ022, BJ024, BJ026 et BJ027.
12)	Hépatite C virus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, qn	BH812	180,00	56,50			Cumulable avec BJ029 et BJ030 lors du diagnostic, non cumulable en suivi. Si sérologie + ou immunodéprimés ou suspicion d'un contage récent ou hépatite aigue.
13)	Hépatite C virus, génotypage	BH813	350,00	109,87		Si BH812 positive.	
14)	Hépatite D virus, amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql ou qn	BH814	175,00	54,93	Non cumulable avec BJ031 et BJ032.	Si sérologie hépatite B + ou immunodéprimés.	
15)	Hépatite E virus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH815	175,00	54,93	Non cumulable avec BJ033 et BJ034.	Immunodéprimés.	
16)	Herpès simplex, virus type 1 ou 2 (HSV-1 ou HSV-2), amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql	BH816	80,00	25,11	Non cumulable avec BJ035, BJ036, BH708, BH709 et BJ037.		
17)	Herpès humain, virus type 6 (HHV-6), amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql	BH817	100,00	31,39		Immunodéprimés.	
18)	Herpès humain, virus type 7 (HHV-7), amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql	BH818	175,00	54,93		Immunodéprimés ou suspicion d'une primo-infection.	
19)	Herpès humain, virus type 8 (HHV-8), amplification d'ADN y compris détection de l'amplificat, ql	BH819	175,00	54,93		Immunodéprimés.	
20)	HIV 1, amplification de l'ADN et détection de l'amplificat, ql	BH820	170,00	53,36		Chez nouveau-né de mère séropositive.	Cumulable avec BJ038 à BJ040 lors du diagnostic, non cumulable en suivi. Uniquement immunodéprimé ou contage récent ou sérologie positive.
21)	HIV 1, amplification de l'ARN et détection de l'amplificat, qn	BH821	275,00	86,33			Cumulable avec BJ038 à BJ040 lors du diagnostic, non cumulable en suivi.
22)	HIV 2, amplification de l'ADN et détection de l'amplificat, ql	BH822	170,00	53,36		Chez nouveau-né de mère séropositive.	Cumulable avec BJ038 et BJ039 lors du diagnostic, non cumulable en suivi. Uniquement immunodéprimé ou contage récent ou sérologie positive.
23)	HIV 2, amplification de l'ARN et détection de l'amplificat, ql	BH823	200,00	62,78			Cumulable avec BJ038 et BJ039 lors du diagnostic, non cumulable en suivi.
24)	HIV, résistance génotypique aux antirétroviraux : inhibiteurs de la reverse transcriptase et des protéases, y compris aide à l'interprétation	BH824	1100,00	345,30		A rechercher au moment du diagnostic et en cas d'échec thérapeutique.	
25)	HIV, résistance génotypique aux antirétroviraux : inhibiteurs de l'intégrase, y compris aide à l'interprétation	BH825	1100,00	345,30			Indication et réalisation selon les "2006 European HIV Drug

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
						Resistance Guidelines" http://www.rega.kuleuven.be/cev/index.php?id=26).
26)	HTLV 1, amplification de l'ADN et détection de l'amplificat, ql	BH826	170,00	53,36	Non cumulable avec BJ041 à BJ042.	Si sérologie + ou immunodéprimés.
27)	HTLV 1, amplification de l'ARN et détection de l'amplificat, ql	BH827	200,00	62,78	Non cumulable avec BJ041 à BJ042.	Si sérologie + ou immunodéprimés.
28)	Influenzavirus A ou B, amplification de l'ARN et détection de l'amplificat, ql	BH828	90,00	28,25	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916. Non cumulable avec BH712, BH713, BH714.	
29)	Metapneumovirus (HMPV), amplification de l'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH829	110,00	34,53	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916.	
30)	Rougeole (measles) virus, amplification de l'ARN et détection de l'amplificat, ql	BH830	175,00	54,93		Immunodéprimés ou enfant <2 ans ou sérologie douteuse ou suspicion clinique d'une primo-infection.
31)	Oreillons (mumps) virus, amplification de l'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH831	175,00	54,93	Non cumulable avec BJ045 et BJ046.	
32)	Norovirus, amplification de l'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH832	90,00	28,25	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909, BH971. Non cumulable avec BH715.	
33)	Papillomavirus, recherche du génome du groupe des Papillomes	BH833	50,00	15,70	Non cumulable avec BH834.	
34)	Papillomavirus, humain (HPV), amplification de l'ADN / ARN et détection de l'amplificat, ql, ainsi que typisation	BH834	150,00	47,09	Non cumulable avec BH833.	Maximum 1x/an.
35)	Papillomavirus, humain (HPV, type détecté par BH833)	BH835	110,00	34,53		En cas de suivi d'un HPV positif.
36)	Parechovirus, amplification d'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH836	110,00	34,53	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909, BH971.	
37)	Parainfluenzavirus type 1, 2 ou 3, amplification de l'ARN et détection de l'amplificat, ql	BH837	90,00	28,25	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916. Non cumulable avec BH716.	
38)	Parvovirus B19 ou érythrovirus, amplification de l'ADN et détection de l'amplificat, ql	BH838	110,00	34,53	Non cumulable avec BJ047 à BJ049.	Suspicion d'une infection aiguë.
39)	Poliovirus, amplification de l'ARN et détection de l'amplificat, ql	BH839	175,00	54,93	Non cumulable avec BJ050, BH706 et BH707.	Si PCR entérovirus BH806 positif et si la recherche de poliovirus est explicitement prescrite.
40)	Polyomavirus, amplification de l'ADN y compris détection de l'amplificat, ql	BH840	175,00	54,93		Immunodéprimés.
41)	Respiratory syncytial virus (RSV), amplification de l'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH841	80,00	25,11	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916. Non cumulable avec BH717.	
42)	Rotavirus, amplification de l'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH842	80,00	25,11	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909, BH971. Non cumulable avec BH719.	
43)	Rubéole, virus, amplification de l'ARN y compris détection de l'amplificat, ql	BH843	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ051 à BJ053.	Infection congénitale, nouveau-né.
44)	Virus de la varicelle/zona, amplification de l'ADN y compris	BH844	90,00	28,25	Non cumulable avec BJ055, BJ056	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
détection de l'amplificat, ql				et BH722.		
45) Pathogènes respiratoires, recherche de plusieurs virus, amplification de l'ADN / ARN y compris la détection de l'amplificat	BH845	160,00	50,23	BH845 à BH851 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale. Minimum 2 pathogènes.	Critères de remboursement: 1° Etat fébrile + (< 5 ans, 2°, 3° ou 4°) ou 2° Immunodéprimé ou 3° Atteintes concomitantes ou 4° Syndrome respiratoire aigu sévère.	
46) Maladies sexuellement transmissible, recherche de plusieurs virus, amplification de l'ADN / ARN y compris la détection de l'amplificat	BH846	160,00	50,23	BH845 à BH851 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale. Minimum 2 pathogènes.		
47) Infections gastro-intestinales, recherche de plusieurs virus, amplification de l'ADN/ARN y compris la détection de l'amplificat	BH847	160,00	50,23	BH845 à BH851 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale. Minimum 2 pathogènes.	Critères de remboursement: 1° Etat fébrile + (< 5 ans, 2°, 3° ou 4°) ou 2° Immunodéprimé ou 3° Atteintes concomitantes ou 4° Déshydratation sévère.	
48) Infections des immunosupprimés, recherche de plusieurs virus, amplification de l'ADN/ARN y compris la détection de l'amplificat	BH848	160,00	50,23	BH845 à BH851 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale. Minimum 2 pathogènes.	Réservé aux infections sévères ou aux patients immunodéficients.	
49) Fièvre, éruptions cutanées, maladies infantiles, recherche de plusieurs virus, amplification de l'ADN/ARN y compris la détection de l'amplificat	BH849	160,00	50,23	BH845 à BH851 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale. Minimum 2 pathogènes.	Réservé aux infections sévères ou aux patients immunodéficients.	
50) Fièvre tropicale, recherche de plusieurs virus, amplification de l'ADN /ARN y compris détection de l'amplificat	BH850	180,00	56,50	BH845 à BH851 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale. Minimum 2 pathogènes.		
51) Méningites, recherche de plusieurs virus, amplification de l'ADN /ARN y compris détection de l'amplificat	BH851	175,00	54,93	BH845 à BH851 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie virale. Minimum 2 pathogènes.	Réservé aux infections sévères ou aux patients immunodéficients.	
52) Coronavirus Covid-19, amplification d'ARN y compris détection de l'amplification	BH860	175,00	54,93	Uniquement sur prescription explicite, dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 selon les recommandations élaborées par le Ministère de la Santé, uniquement pour des tests dûment autorisés par la Direction de la santé, avec transmission des résultats positifs selon les mêmes modalités que pour les maladies à déclaration obligatoire.	Uniquement sur prescription explicite, dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 selon les recommandations élaborées par le Ministère de la Santé, uniquement pour des tests dûment autorisés par la Direction de la santé, avec transmission des résultats positifs selon les mêmes modalités que pour les maladies à déclaration obligatoire.	Dans le cas d'un prélèvement à domicile, les frais de déplacement s'appliquent normalement si mention sur ordonnance.
<i>Sous-section 2 - Bactériologie</i>						
1) Bacillus anthracis, par amplification des acides nucléiques y compris détection de l'amplificat	BH901	150,00	47,09			
2) Bartonella henselae/quintana par amplification des acides nucléiques y compris détection de l'amplificat	BH902	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ101 et BJ102.		Prélèvement autre que le sang.

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
3)	Bordetella pertussis, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH903	120,00	37,67	Non cumulable avec BJ103.	
4)	Borrelia burgdorferi sensu lato, amplification des acides nucléiques y compris détection de l'amplificat	BH904	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ105 à BJ108.	LCR ou liquide articulaire.
5)	Chlamydia trachomatis, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH905	80,00	25,11	Non cumulable avec BJ116 à BJ118 et BH906. Maximum 3 sites, uniquement sur prescription explicite. Maximum 2 codes de: BH905, BH915, BH917, BH918.	Cumulable avec BH101, BH102, BH103, BH104, BH108, BH109, BH201, BH202, BH110, BH111 et BH313.
6)	Chlamydophila pneumoniae, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH906	100,00	31,39	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916. Non cumulable avec BJ112 et BJ113, BH905.	
7)	Corynebacteries du complexe diphtheriae, recherche des toxines A/B, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH907	120,00	37,67	Non cumulable avec BH201 à BH204, BH302.	
8)	Escherichia coli EHEC/VTEC/EPEC/STEC/EAggr: recherche des gènes des toxines, amplification des acides nucléiques y compris détection de l'amplificat	BH908	100,00	31,39	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909, BH971. Non cumulable avec BH201 à BH204, BH302, BH304.	
9)	Helicobacter pylori, amplification des acides nucléiques y compris détection de l'amplificat	BH909	110,00	34,53	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909, BH971. Non cumulable avec BH201 à BH204, BJ123, BJ124, BH305 et BH306.	
10)	Legionella spp., amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat et identification	BH910	100,00	31,39	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916. Non cumulable avec BH307 et BJ125.	Cumulable avec la recherche de Legionella par culture.
11)	Mycobacterium tuberculosis complex, détection/identification par amplification des acides nucléiques, cumulable si demandé	BH911	120,00	37,67	Non cumulable avec BH201 à BH204.	
12)	Mycobactéries atypiques, détection/identification par amplification des acides nucléiques et séquençage ou hybridation	BH912	130,00	40,81	Non cumulable avec BH201 à BH204, BH308 à BH311.	
13)	Mycobactéries, mise en évidence de multirésistances par génotypage ou séquençage	BH913	610,00	191,49	Non cumulable avec BH201 à BH204.	
14)	Mycoplasma spp (urogénital), amplification des acides nucléiques y compris détection de l'amplificat	BH914	80,00	25,11		Cumulable avec BH101, BH102, BH103, BH104, BH105, BH201, BH202, BH110 et BH111.
15)	Mycoplasma genitalium, amplification des acides nucléiques y compris détection de l'amplificat	BH915	80,00	25,11	Maximum 3 sites, uniquement sur prescription explicite. Maximum 2 codes de: BH905, BH915, BH917, BH918.	Cumulable avec BH101, BH102, BH103, BH104, BH108, BH109, BH201, BH202, BH110, BH111 et BH313.
16)	Mycoplasma pneumoniae, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH916	100,00	31,39	Maximum 2 codes de: BH801, BH802, BH803, BH804, BH828, BH829, BH837, BH841, BH906, BH910, BH916. Non cumulable avec BJ128 et BJ129.	
17)	Neisseria gonorrhoeae, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH917	80,00	25,11	Maximum 3 sites, uniquement sur prescription explicite. Maximum 2 codes de: BH905, BH915, BH917, BH918.	Cumulable avec BH101, BH102, BH103, BH104, BH108, BH109, BH201, BH202, BH110 et BH111.

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
18)	Treponema, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH918	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ141 à BJ146. Maximum 2 codes de: BH905, BH915, BH917, BH918.	Syphilis congénitale ou signes neurologiques.	
19)	Tropheryma whipplei, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH919	130,00	40,81			
20)	Toxine de Clostridium difficile, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH920	90,00	28,25	Non cumulable avec BH302.		
21)	Streptocoque du groupe B, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH921	90,00	28,25		uniquement en cas d'accouchement imminent.	
22)	Pathogènes respiratoires, recherche de plusieurs bactéries, amplification de l'ADN / ARN y compris la détection de l'amplificat	BH930	200,00	62,78	BH930 à BH936 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Minimum 2 pathogènes.	Critères de remboursement: 1° Etat fébrile + (< 5 ans, 2°, 3° ou 4°) ou 2° Immunodéprimé ou 3° Atteintes concomitantes ou 4° Syndrome respiratoire aigu sévère.	
23)	Maladies sexuellement transmissible, recherche de plusieurs bactéries, amplification de l'ADN / ARN y compris la détection de l'amplificat	BH931	160,00	50,23	BH930 à BH936 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Minimum 2 pathogènes. Maximum trois sites, uniquement sur prescription explicite.		
24)	Infections gastro-intestinales, recherche de plusieurs bactéries, amplification de l'ADN/ARN y compris la détection de l'amplificat	BH932	160,00	50,23	BH930 à BH936 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Minimum 2 pathogènes.	Critères de remboursement: 1° Etat fébrile + (< 5 ans, 2°, 3° ou 4°) ou 2° Immunodéprimé ou 3° Atteintes concomitantes ou 4° Déshydratation sévère.	
25)	Infections des immunosupprimés, recherche de plusieurs bactéries, amplification de l'ADN/ARN y compris la détection de l'amplificat	BH933	160,00	50,23	BH930 à BH936 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Minimum 2 pathogènes.	Réservé aux infections sévères ou aux patients immunodéficients.	
26)	Fièvre, éruptions cutanées, maladies infantiles, recherche de plusieurs bactéries, amplification de l'ADN/ARN y compris la détection de l'amplificat	BH934	160,00	50,23	BH930 à BH936 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Minimum 2 pathogènes.	Réservé aux infections sévères ou aux patients immunodéficients.	
27)	Fièvre tropicale, recherche de plusieurs bactéries, amplification de l'ADN /ARN y compris détection de l'amplificat	BH935	180,00	56,50	BH930 à BH936 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Minimum 2 pathogènes.		
28)	Méningites, recherche de plusieurs bactéries, amplification de l'ADN /ARN y compris détection de l'amplificat	BH936	175,00	54,93	BH930 à BH936 non cumulables entre eux, ni avec un code/germe encadrant la même pathologie bactérienne. Minimum 2 pathogènes.	Réservé aux infections sévères ou aux patients immunodéficients.	
<i>Sous-section 3 - Examens mycologiques</i>							
1)	Aspergillus et autres moisissures, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat et identification	BH951	130,00	40,81	Non cumulable avec BH402 à BH406.	Immunodéprimés, infections invasives.	
2)	Pneumocystis carinii, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat et identification	BH952	130,00	40,81	Non cumulable avec BH402 à BH407.	Immunodéprimés.	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
3) Dermatophytes, recherche amplification de l'ADN /ARN y compris détection de l'amplificat	BH953	160,00	50,23	Non cumulable avec les autres codes concernant les mêmes pathogènes. Minimum 2 pathogènes.	Réservé aux infections sévères ou aux patients immunodéficients.	
<i>Sous-section 4 - Examens parasitaires</i>						
1) Entamoeba histolytica/Entamoeba dispar, amplification des acides nucléiques et détection de l'amplificat	BH971	90,00	28,25	Maximum 2 codes de: BH801, BH806, BH832, BH836, BH842, BH908, BH909, BH971. Non cumulable avec BH501, BH509, BJ206, BJ207.		
2) Leishmania sp., recherche par culture ou amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH972	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ212.		
3) Microsporidies, amplification des acides nucléiques et détection de l'amplificat	BH973	90,00	28,25		Immunodéprimés.	
4) Trichomonas vaginalis, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH974	90,00	28,25	Non cumulable avec BH101, BH102, BH103 et BH104, sauf si la recherche par biologie moléculaire est explicitement prescrite.		
5) Toxoplasma gondii, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH975	110,00	34,53	Non cumulable avec BJ220 à BJ223.	Immunodéprimés ou infection congénitale.	
6) Recherche de plasmodium, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH976	130,00	40,81	Non cumulable avec BJ213.		Cumulable avec BH507 uniquement si BH976 s'avère positif.
7) Recherche de Giardia, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH977	90,00	28,25			
8) Recherche de Cryptosporidium, amplification des acides nucléiques, y compris détection de l'amplificat	BH978	90,00	28,25			
9) Parasites, recherche, amplification de l'ADN /ARN y compris détection de l'amplificat	BH979	160,00	50,23	Non cumulable avec les codes BH502 à BH509 et BH971, BH972, BH974, BH975, BH977 et BH978. Minimum 2 pathogènes.		Cumulable avec BH501 (examen des selles).
Section 9 - Les actes effectués personnellement par les médecins dans leur cabinet						
1) Urines: culture en étuve sur lame (type Uricult)	BH991	16,00	5,02			
2) (en suspens)						
3) Frottis cervico-vaginal: examen microscopique pour la recherche de microorganismes	BH993	20,00	6,28			
4) Frottis de gorge: recherche d'antigène de streptococcus pyogenes par test direct	BH994	20,00	6,28			
5) Autres prélèvements: examen microscopique pour recherche de microorganismes	BH995	20,00	6,28			
6) Identification d'œufs de vers	BH996	12,00	3,77			
Chapitre 7 - Sérologie infectieuse						
REMARQUE: Maximum 12 actes de ce chapitre de la nomenclature sont opposables à l'assurance maladie, non compris les tests de confirmation ou ajoutés par le labo pour interprétation. Certains codes peuvent être attestés plusieurs fois (autant de fois que l'on utilise d'antigènes différents) pour autant que le nombre total de 12 ne soit pas dépassé. Pour un premier bilan de grossesse, ce nombre peut être porté à 16 actes maximum si le statut immunitaire de la patiente pour les infections CMV,						

Toxoplasmose, Rubéole, Varicelle, Syphilis, HBV, HIV et HCV (si patiente à risque) n'est pas connu.

Section 1 - Sérologie des infections virales

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
1) Adénovirus - IgG	BJ001	40,00	12,56	Non cumulable avec BH801.	Chez un enfant de < 2 ans.	
2) Adénovirus - IgM	BJ002	40,00	12,56	Non cumulable avec BH801.		
3) Adénovirus - IgA	BJ003	40,00	12,56	Non cumulable avec BH801.		
4) Cytomégalo virus - IgG	BJ004	40,00	12,56	Non cumulable avec BH805.	Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).	
5) Cytomégalo virus - IgM	BJ005	40,00	12,56	Non cumulable avec BH805.	Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).	
6) Cytomégalo virus - avidité des IgG	BJ006	70,00	21,97	Non cumulable avec BH805.	Si grossesse et pas de sérum antérieur permettant de dater la primo-infection par rapport au début de grossesse.	
7) Cytomégalo virus - IgM, test de confirmation	BJ007	40,00	12,56	Non cumulable avec BH805.	Si grossesse et pas de sérum antérieur permettant de dater la primo-infection par rapport au début de grossesse.	
8) Epstein-Barr virus, recherche des anticorps hétérophiles	BJ008	20,00	6,28	Maximum 3 marqueurs par prescription parmi les actes BJ008 à BJ013. Non cumulable avec BH807.		
9) Epstein-Barr virus, IgG-VCA	BJ009	40,00	12,56	Maximum 3 marqueurs par prescription parmi les actes BJ008 à BJ013. Non cumulable avec BH807.		
10) Epstein-Barr virus, IgM-VCA	BJ010	40,00	12,56	Maximum 3 marqueurs par prescription parmi les actes BJ008 à BJ013. Non cumulable avec BH807.		
11) Epstein-Barr virus, EA IgG ou IgM	BJ011	40,00	12,56	Maximum 3 marqueurs par prescription parmi les actes BJ008 à BJ013. Non cumulable avec BH807.		
12) Epstein-Barr virus, EBNA IgG	BJ012	40,00	12,56	Maximum 3 marqueurs par prescription parmi les actes BJ008 à BJ013. Non cumulable avec BH807.		
13) Recherche d'anticorps: EA IgA ou d'Ac VCA IgA	BJ013	40,00	12,56	Maximum 3 marqueurs par prescription parmi les actes BJ008 à BJ013. Non cumulable avec BH807.	Uniquement en cas de diagnostic de lymphome ou de carcinome du nasopharynx.	
14) Flavivirus spp., Ig ou IgG, par espèce	BJ014	90,00	28,25	Maximum 3. Non cumulable avec BH808.		
15) Flavivirus spp., IgM, par espèce	BJ015	90,00	28,25	Maximum 3. Non cumulable avec BH808.		
16) Encéphalite à tique d'Europe, virus, Ig ou IgG, qn	BJ016	70,00	21,97	Non cumulable avec BH808.		
17) Encéphalite à tique d'Europe, virus, IgM, ql	BJ017	70,00	21,97	Non cumulable avec BH808.		
18) Fièvre hémorragique (virus Arena, Bunya, Filo, Hanta), Ig ou IgG, par espèce	BJ018	90,00	28,25	Maximum 3. Non cumulable avec BH809.		
19) Fièvre hémorragique (virus Arena, Bunya, Filo, Hanta), IgM, par	BJ019	90,00	28,25	Maximum 3.		

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
20) Hépatite A virus, Ig ou IgG	BJ020	40,00	12,56	Non cumulable avec BH809. Non cumulable avec BH810.		
21) Hépatite A virus, IgM	BJ021	40,00	12,56	Non cumulable avec BH810.	Contrôle immunité ou suspicion clinique.	
22) Hépatite B virus, HBs, IgG	BJ022	40,00	12,56		Uniquement si suspicion clinique.	
23) Hépatite B virus, HBc, Ig	BJ023	40,00	12,56		Contrôle immunité ou suspicion clinique.	
24) Hépatite B virus, HBs, recherche des antigènes	BJ024	40,00	12,56		Contrôle immunité, suspicion clinique, bilan de grossesse.	
25) Hépatite B virus, HBs, recherche des antigènes après neutralisation	BJ025	80,00	25,11	Non cumulable avec BH811.	Max 1x/patient si confirmation positive.	
26) Hépatite B virus, HBe, recherche des antigènes	BJ026	60,00	18,83		Si AchBc pos et AchBs nég.	
27) Hépatite B virus, HBe Ig ou IgG	BJ027	60,00	18,83		Si AchBc pos et AchBs nég.	
28) Hépatite B virus, HBc, IgM	BJ028	75,00	23,54	Non cumulable avec BH811.	Si AchBc pos, AchBs et AchBe nég.	
29) Hépatite C virus, Ig ou IgG	BJ029	40,00	12,56			Cumulable avec BH812 lors du diagnostic, non cumulable en suivi.
30) Hépatite C virus, spécification Ig ou IgG, test de confirmation	BJ030	80,00	25,11		Si dépistage (BJ029) positif, max 1x/patient si confirmation positive.	Cumulable avec BH812 lors du diagnostic, non cumulable en suivi.
31) Hépatite D virus, Ig ou IgG	BJ031	70,00	21,97	Non cumulable avec BH814.	Si anti-HBc positif et anti-HBs négatif.	
32) Hépatite D virus, IgM	BJ032	70,00	21,97	Non cumulable avec BH814.	Si anti-HBc positif et anti-HBs négatif.	
33) Hépatite E virus, Ig ou IgG	BJ033	70,00	21,97	Non cumulable avec BH815.		
34) Hépatite E virus, IgM	BJ034	70,00	21,97	Non cumulable avec BH815.		
35) Herpès simplex, virus type 1 IgG	BJ035	40,00	12,56	Non cumulable avec BH816.		
36) Herpès simplex, virus type 2 IgG	BJ036	40,00	12,56	Non cumulable avec BH816.		
37) Herpès simplex, virus IgM	BJ037	40,00	12,56	Non cumulable avec BH816.		
38) HIV-1 et HIV-2, anticorps et l'antigène p24 HIV-1, ql, screening	BJ038	40,00	12,56			Cumulable avec BH820 à BH823 lors du diagnostic, non cumulable en suivi et uniquement si BJ038 s'avère positive ou équivoque ou immunodéprimés.
39) HIV-1/2, spécification des anticorps par Western blot ou Immunoblot	BJ039	80,00	25,11			Cumulable avec BH820 à BH823 lors du diagnostic, non cumulable en suivi et uniquement si BJ038 s'avère positive ou équivoque ou immunodéprimés.
40) HIV-1, recherche de l'antigène p24, qn	BJ040	55,00	17,27			Cumulable avec BH820 et BH821 lors du diagnostic, non cumulable en suivi et uniquement si BJ038 s'avère positive ou équivoque ou immunodéprimés.
41) HTLV-1, Ig ou IgG, ql	BJ041	65,00	20,40	Non cumulable avec BH826, BH827.		
42) HTLV-1 spécification des anticorps par Western blot	BJ042	180,00	56,50	Non cumulable avec BH826, BH827.	Si BJ041 positif ou équivoque, max 1x/ patient si résultat positif.	
43) Rougeole (measles) virus, Ig ou IgG	BJ043	40,00	12,56		Contrôle immunité ou suspicion clinique.	
44) Rougeole (measles) virus, IgM	BJ044	40,00	12,56		Uniquement si suspicion clinique.	
45) Oreillons (mumps) virus, Ig ou IgG	BJ045	40,00	12,56	Non cumulable avec BH831.	Contrôle immunité ou suspicion clinique.	
46) Oreillons (mumps) virus, IgM	BJ046	40,00	12,56	Non cumulable avec BH831.	Uniquement si suspicion clinique.	
47) Parvovirus B19 ou érythrovirus, Ig ou IgG	BJ047	40,00	12,56	Non cumulable avec BH838.	Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si	

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque	
48)	Parvovirus B19 ou érythrovirus, IgM	BJ048	40,00	12,56	Non cumulable avec BH838.	sérologie négative (1x/mois). Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).	
49)	Parvovirus B19 ou érythrovirus, spécification des anticorps par Western blot	BJ049	80,00	25,11	Non cumulable avec BH838.		Si BJ048 positif, max 1x/ patient si résultat positif.
50)	Poliovirus, immunité par test de neutralisation, par type	BJ050	40,00	12,56	Non cumulable avec BH706, BH707, BH806, BH839.		
51)	Rubéole, virus, Ig ou IgG	BJ051	40,00	12,56	Non cumulable avec BH843.	Contrôle d'immunité, suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).	
52)	Rubéole, virus, IgM	BJ052	40,00	12,56	Non cumulable avec BH843.	Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).	
53)	Rubéole, virus, IgM, test de confirmation	BJ053	40,00	12,56	Non cumulable avec BH843.	Si grossesse et pas de sérum antérieur permettant de dater la primo-infection par rapport au début de grossesse.	
54)	Rage, virus, immunité par test de neutralisation	BJ054	70,00	21,97			
55)	Virus de la varicelle, zona, Ig ou IgG	BJ055	40,00	12,56	Non cumulable avec BH844.	Contrôle d'immunité, suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).	
56)	Virus de la varicelle, zona, IgM ou IgA	BJ056	40,00	12,56	Non cumulable avec BH844.	Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).	
Section 2 - Sérologie des infections bactériennes							
1)	Bartonella sp, IgG	BJ101	40,00	12,56	Non cumulable avec BH902.		
2)	Bartonella sp, IgM	BJ102	40,00	12,56	Non cumulable avec BH902.		
3)	Bordetella pertussis, IgG	BJ103	40,00	12,56	Non cumulable avec BH903.	Contrôle immunité.	
4)	Borrelia burgdorferi sensu lato, IgG	BJ105	40,00	12,56	Non cumulable avec BH904.		
5)	Borrelia burgdorferi sensu lato, IgM	BJ106	40,00	12,56	Non cumulable avec BH904.		
6)	Borrelia burgdorferi sensu lato, spécification des IgG par Immunoblot	BJ107	120,00	37,67	Non cumulable avec BH904.		Si dépistage BJ105 positif ou équivoque, max 1 fois si test de confirmation positif.
7)	Borrelia burgdorferi sensu lato, spécification des IgM par Immunoblot	BJ108	120,00	37,67	Non cumulable avec BH904.		Si dépistage BJ106 positif ou équivoque, max 1 fois si test de confirmation positif.
8)	Brucella, Ig, infection aiguë	BJ109	40,00	12,56			
9)	Brucella, Ig, infection chronique	BJ110	40,00	12,56			
10)	Campylobacter spp., IgG	BJ111	40,00	12,56		Si arthrite ou syndrome de Guillain-Barré.	
11)	Chlamydia pneumoniae, IgG, qn	BJ112	40,00	12,56	Non cumulable avec BH906, BJ116, BJ117 et BJ118.		
12)	Chlamydia pneumoniae, IgA ou IgM, qn	BJ113	40,00	12,56	Non cumulable avec BH906, BJ116, BJ117 et BJ118.		
13)	Chlamydia psittaci, IgG, qn	BJ114	40,00	12,56	Non cumulable avec BJ116, BJ117 et BJ118.		

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
14)	Chlamydia psittaci, IgM, qn	BJ115	40,00	12,56	Non cumulable avec BJ116, BJ117 et BJ118.	
15)	Chlamydia trachomatis, IgG, qn	BJ116	40,00	12,56	Non cumulable avec BJ112, BJ113, BJ114, BJ115, BH905.	
16)	Chlamydia trachomatis, IgM	BJ117	40,00	12,56	Non cumulable avec BJ112, BJ113, BJ114, BJ115, BH905.	Uniquement pour la recherche de pneumonies chez le nourrisson.
17)	Chlamydia trachomatis, IgA, qn	BJ118	40,00	12,56	Non cumulable avec BJ112, BJ113, BJ114, BJ115, BH905.	
18)	Clostridium tetani, IgG, qn	BJ119	40,00	12,56		
19)	Coxiella burnetii, IgG, qn	BJ120	40,00	12,56		
20)	Coxiella burnetii, IgA ou IgM, qn	BJ121	40,00	12,56		
21)	Francisella tularensis, Ig, qn	BJ122	90,00	28,25		
22)	Helicobacter pylori, Ig ou IgG, qn	BJ123	40,00	12,56	Non cumulable avec BH909.	
23)	Helicobacter pylori Ig, test de confirmation	BJ124	80,00	25,11	Non cumulable avec BH909.	Si BJ123 positif, max.1 fois si confirmation positive.
24)	Legionella spp IgG	BJ125	60,00	18,83	Non cumulable avec BH910.	
25)	Leptospira, Ig, qn	BJ127	40,00	12,56		
26)	Mycoplasma pneumoniae, IgG, qn	BJ128	40,00	12,56	Non cumulable avec BH916.	
27)	Mycoplasma pneumoniae, IgA ou IgM	BJ129	40,00	12,56	Non cumulable avec BH916.	
28)	Rickettsia conorii Ig ou IgG	BJ131	40,00	12,56		
29)	Rickettsia conorii IgM	BJ132	40,00	12,56		
30)	Rickettsie, fièvres pourprées, Ig ou IgG, qn	BJ133	40,00	12,56		
31)	Rickettsie, fièvres pourprées, IgM, qn	BJ134	40,00	12,56		
32)	Rickettsie, typhus, Ig ou IgG, qn	BJ135	40,00	12,56		
33)	Rickettsie, typhus, IgM, qn	BJ136	40,00	12,56		
34)	Salmonelle, au moins 4 antigènes (groupe A, B, C, D), Ig, qn	BJ137	45,00	14,13		Si arthrite réactionnelle.
35)	Shigella Ig ou IgG	BJ138	40,00	12,56		Si arthrite réactionnelle.
36)	Streptococcus, antistreptolysine, qn	BJ139	30,00	9,42		Ne peut être porté en compte à la CNS qu'en cas de suspicion clinique de rhumatisme articulaire aigu secondaire à une pharyngite à Streptocoques (RAA) ou d'une arthrite réactionnelle post-streptococcique (ARPS) chez des patients de moins de 18 ans.
37)	Streptococcus, Anti-DNAse B, qn	BJ140	40,00	12,56		Uniquement si BJ139 nég, sur prescription explicite.
38)	Treponema, Ig ou IgG, EIA	BJ141	40,00	12,56	Non cumulable avec BH918.	
39)	Treponema, TPHA/TPPA, qn	BJ143	40,00	12,56	Non cumulable avec BH918.	Si BJ141 positif.
40)	Treponema, Test RPR/VDRL, qn	BJ144	20,00	6,28	Non cumulable avec BH918.	Si BJ141 positif.
41)	Treponema, Western blot IgG	BJ145	120,00	37,67	Non cumulable avec BH918.	Si BJ141 positif, max 1x si confirmation positive.
42)	Treponema, Western blot IgM	BJ146	120,00	37,67	Non cumulable avec BH918.	Si LJ 141 positif, max 1x si confirmation positive.
43)	Yersinia spp, par antigène	BJ147	30,00	9,42	Maximum 3.	
Section 3 - Sérologie des infections parasitaires						
1)	Anisakis sp., Ig, qn	BJ201	90,00	28,25		
2)	Anisakis sp., confirmation	BJ202	120,00	37,67		Si BJ201 positif.
3)	Ascaris sp., Ig, qn	BJ203	45,00	14,13		
4)	Echinococcus multilocularis, Ig, qn	BJ204	90,00	28,25		
5)	Echinococcus granulosus, Ig, qn	BJ205	90,00	28,25		
6)	Entamoeba histolytica, Ig, qn	BJ206	90,00	28,25	Non cumulable avec BH971.	
7)	Entamoeba histolytica, Ig, qn, test de confirmation	BJ207	120,00	37,67	Non cumulable avec BH971.	Si BJ206 positif.
8)	Fasciola hepatica, Ig, ql	BJ208	80,00	25,11		

	Code	Coeff.	Tarif	Règle de cumul	Règle de bonne pratique	Remarque
9)	Leishmania sp., Ig, qn	BJ212	90,00	28,25	Non cumulable avec BH972.	
10)	Plasmodium sp., Ig, qn	BJ213	50,00	15,70	Non cumulable avec BH976.	
11)	Schistosoma sp., Ig, qn, test de recherche	BJ214	50,00	15,70		
12)	Schistosoma sp., Ig, qn, test de confirmation	BJ215	120,00	37,67		Si BJ214 positif.
13)	Strongyloides stercoralis, Ig, qn	BJ216	50,00	15,70		
14)	Taenia solium, cysticercose, Ig, qn	BJ217	90,00	28,25		
15)	Taenia solium, cysticercose, Ig, qn, Western blot	BJ218	120,00	37,67		Si BJ217 positif.
16)	Toxocara sp., Ig, ql	BJ219	90,00	28,25		
17)	Toxoplasma gondii, Ig ou IgG, qn	BJ220	40,00	12,56	Non cumulable avec BH975.	Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).
18)	Toxoplasma gondii, avidité des IgG	BJ221	70,00	21,97	Non cumulable avec BH975.	Si grossesse et pas de sérum antérieur permettant de dater la primo-infection par rapport au début de grossesse.
19)	Toxoplasma gondii IgM ou IgA, ql	BJ222	40,00	12,56	Non cumulable avec BH975.	Suspicion clinique, confirmation primo-infection récente, 1er bilan grossesse, suivi grossesse si sérologie négative (1x/mois).
20)	Toxoplasma gondii IgM, test de confirmation	BJ223	40,00	12,56	Non cumulable avec BH975.	Si grossesse et pas de sérum antérieur permettant de dater la primo-infection par rapport au début de grossesse.
21)	Trichinella spiralis, Ig ou IgG, qn	BJ224	40,00	12,56		
22)	Trypanosoma brucei, trypanosomiase africaine, Ig, qn	BJ225	40,00	12,56		
23)	Trypanosoma cruzi, trypanosomiase américaine, Ig, qn	BJ226	40,00	12,56		
24)	Filaria, Ig	BJ227	90,00	28,25		
25)	Filaria, test de confirmation	BJ228	120,00	37,67		Uniquement si BJ227 s'avère positive.
<u>DEUXIEME PARTIE : PRELEVEMENTS ET DEPLACEMENTS</u>						
<u>Chapitre 1 - Prélèvements</u>						
1)	Prise de sang sur veine superficielle	BY001	20,00	6,28	Non cumulable avec BY004.	
2)	Prise de sang par ponction veineuse chez un enfant de moins de 6 ans	BY002	25,00	7,85		
3)	Frottis de peau ou de muqueuse pour examen microbiologique	BY003	16,00	5,02		
4)	Prise de sang à domicile	BY004	30,00	9,42	Non cumulable avec BY001.	
<u>Chapitre 2 - Déplacement</u>						
1)	Forfait déplacement	BZ001	22,00	6,91		

Modifications portées au règlement grand-ducal du 30 novembre 2017 arrêtant 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°1010 du 30.11.2017, p. 1)

Règlement grand-ducal du 1er août 2018 modifiant le règlement grand-ducal du 30 novembre 2017 arrêtant 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°716 du 22.08.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 16 octobre 2019 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant 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°699 du 21.10.2019, p. 1)

Règlement grand-ducal du 17 mars 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant la nomenclature des actes et services des laboratoires d'analyses médicales et de biologie clinique
(Mémorial A – N°160 du 17.03.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 14 décembre 2020 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant 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°987 du 15.12.2020, p. 1)

Règlement grand-ducal du 27 janvier 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant 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°81 du 29.01.2021, p. 1)

Règlement grand-ducal du 16 avril 2021 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 30 novembre 2017 arrêtant 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°309 du 20.04.2021, p. 1)

PRESTATAIRES DE SOINS PALLIATIFS

Règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services prestés dans le domaine des soins palliatifs et qui sont dispensés par les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le 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.

Les actes et services concernent exclusivement les personnes disposant d'un droit aux soins palliatifs obtenu en vertu des dispositions de la loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie.

Prise en charge forfaitaire

Art. 2.- Les actes et services dispensés sont pris en charge de façon forfaitaire.

Activités couvertes par les forfaits

Art. 3.- Les forfaits prévus à l'annexe couvrent tous les soins infirmiers à l'exclusion des actes essentiels de la vie pris en charge par l'assurance dépendance. Ils couvrent également les communications au sujet du bénéficiaire tout comme les communications avec le bénéficiaire, les activités administratives et de coordination assumées par le personnel soignant et les temps de permanence. Les forfaits comprennent aussi les actes et les services dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes pour autant que ces actes et services relèvent de la nomenclature des actes et services des masseurs-kinésithérapeutes pris en charge par l'assurance maladie.

Le forfait applicable pour les patients palliatifs maintenus à domicile couvre également le temps de déplacement des prestataires. Dans le secteur stationnaire, le forfait applicable intègre les déplacements du personnel à l'intérieur de l'établissement.

Le forfait comprend les frais d'appareil et de l'installation, le coût de la stérilisation des instruments réutilisables, le matériel destiné à la protection et à l'hygiène ainsi que tout autre petit matériel.

Le forfait comprend également le perfuseur, la trousse à perfusion, les accessoires de perfusion, les seringues, les compresses, les aiguilles, les lancettes, les sets de pansements, les sets de sondage et tout dispositif nécessaire à l'accomplissement des soins prodigués.

Les médicaments et autres articles non visés par les alinéas ci-dessus sont délivrés sur prescription médicale individuelle.

Temps forfaitaires de prise en charge

Art. 4.- Le forfait prévu pour les personnes séjournant dans les établissements visés aux articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale correspond à un temps de prise en charge journalier moyen de 105 minutes, dont 90 minutes pour les soins infirmiers. Pour les soins palliatifs à domicile, le forfait correspond à un temps de prise en charge moyen journalier de 118 minutes, dont 103 minutes pour les soins infirmiers.

Qualifications requises pour la prise en charge

Art. 5.- Les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes exécutent les actes pris en charge en accord avec les règlements fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Equipement à prévoir dans le cadre de la prise en charge

Art. 6.- L'équipement dont se servent les infirmiers pour dispenser les prestations doit être approprié et suffire aux exigences posées par les données acquises par la science.

Tarif d'un acte

Art. 7.- Le tarif d'un forfait est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée pour chaque exercice par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un forfait est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Suspension de la prise en charge

Art. 8.- Les forfaits sont dus pour chaque jour pour lequel existe un droit aux soins palliatifs. Les forfaits ne sont pas dus lorsque le patient séjourne dans un établissement hospitalier sauf le premier jour de l'hospitalisation. En cas de changement de prestataire, le forfait pour le jour auquel intervient le changement revient au nouveau prestataire.

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

Tarifs

Annexe

**NOMENCLATURE DES PRESTATAIRES DE SOINS PALLIATIFS
(suivant article 61, alinéa 2, sous 12) du Code de la sécurité sociale)**

PREMIERE PARTIE : FORFAITS

Chapitre 1 - Prise en charge stationnaire

- 1) Forfait journalier de prise en charge des patients en soins palliatifs séjournant dans les établissements d'aide et de soins visés respectivement aux articles 390 et 391 du Code de la sécurité sociale

Chapitre 2 - Prise en charge à domicile

- 1) Forfait journalier de prise en charge des patients en soins palliatifs maintenus à domicile

Valeur lettre-clé à indice 100: 16,32343		
Cote d'application:	898,93	
Valeur lettre-clé:	146,7362	
Valable à partir du:	01.02.2023	
<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
FSP1	1,00	146,74
FSP2	1,12	164,34

Modifications portées au règlement grand-ducal du 22 novembre 2016 arrêtant la nomenclature des actes et services en matière de soins palliatifs pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°237 du 25.11.2016, p. 4378)

DIETETICIENS

Règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des diététiciens pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des diététiciens ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le Code de la sécurité sociale que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement et qui en fait partie intégrante.

Les diététiciens exécutent les actes pris en charge en accord avec le règlement fixant les attributions de leur profession sur la base de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé.

Ne peuvent être pris en charge que les actes accomplis effectivement et personnellement par le prestataire sur base d'une ordonnance médicale valide.

Tarif d'un acte

Art. 2.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé négociée par les parties signataires de la convention prévue à l'article 61 du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Cumul des actes

Art. 3.- Pour chaque consultation diététique, il ne peut être mis en compte qu'une seule position de la nomenclature. Aucun acte ne peut être cumulé avec un deuxième acte le même jour.

Frais de location d'appareil, de matériel et d'installation

Art. 4.- Le tarif des actes comprend les frais d'appareil, de matériel et d'installation du prestataire.

Limitation de la prise en charge

Art. 5.- Aucun acte de la nomenclature ne peut être mis en compte pour un patient traité dans un établissement hospitalier au sens de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Rapports diététiques

Art. 6.- Dans le cadre d'un traitement diététique initial, le diététicien établit un rapport diététique initial qu'il transmet au médecin prescripteur. La rédaction de ce rapport est comprise dans la position ZD12.

À la fin de chaque traitement diététique (initial et de prolongation), le diététicien établit un rapport diététique final qu'il transfère au médecin prescripteur. La rédaction de ce rapport est comprise dans la position ZD13, respectivement ZD21 en cas de prolongation du traitement diététique.

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

Tarifs

Valeur lettre-clé à indice 100: 5,40979

NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES DIETETICIENS

Cote d'application:	898,93
Valeur lettre-clé:	48,6302
Valable à partir du:	01.02.2023

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

REMARQUE:

Les actes et services prévus dans ce tableau sont dispensés dans le cadre d'un traitement structuré, à savoir :

- soit en tant que « Traitement diététique initial », comprenant dans l'ordre indiqué : une (1) prestation ZD11, une (1) prestation ZD12 et quatre (4) prestations ZD13 ;
- soit en tant que « Prolongation d'un traitement diététique », comprenant quatre (4) prestations ZD21.

Section 1 - Traitement diététique initial

- | | | | |
|--|------|------|--------|
| 1) Consultation initiale avec anamnèse en vue du diagnostic diététique (durée minimale de 60 minutes) | ZD11 | 2,00 | 97,26 |
| 2) Consultation de conseil et documentation, comprenant la remise du plan nutritionnel au patient (durée minimale de 45 minutes) | ZD12 | 2,50 | 121,58 |
| 3) Consultation de suivi dans le cadre d'un traitement initial (durée minimale de 30 minutes) | ZD13 | 1,25 | 60,79 |

Section 2 - Prolongation d'un traitement diététique

- | | | | |
|---|------|------|-------|
| 1) Consultation de suivi dans le cadre d'une prolongation d'un traitement diététique (durée minimale de 30 minutes) | ZD21 | 1,25 | 60,79 |
|---|------|------|-------|

DEUXIEME PARTIE : REMARQUES

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 actes ZD12, ZD13 et ZD21 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 dont la prise en charge ou le traitement ont déjà été initiés en présentiel ;
- 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 professionnel de santé reste requise.

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
ZD11	2,00	97,26
ZD12	2,50	121,58
ZD13	1,25	60,79
ZD21	1,25	60,79

Modifications portées au règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des diététiciens pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°1115 du 11.12.2018, p. 1)

Règlement grand-ducal du 15 décembre 2020 modifiant le règlement grand-ducal du 5 décembre 2018 arrêtant la nomenclature des actes et services des diététiciens pris en charge par l'assurance maladie

(Mémorial A – N°1011 du 17.12.2020, p. 1)

PSYCHOTHERAPEUTES

Règlement grand-ducal du 25 janvier 2023 arrêtant la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes pris en charge par l'assurance maladie

Prise en charge de l'acte

Art. 1er.- Les actes et services des psychothérapeutes ne peuvent être pris en charge par une des institutions de sécurité sociale visées par le Code de la sécurité sociale que si cet acte est inscrit au tableau annexé au présent règlement.

Les psychothérapeutes exécutent les actes pris en charge en accord avec la loi modifiée du 14 juillet 2015 portant création de la profession de psychothérapeute.

Tarif d'un acte

Art. 2.- Le tarif d'un acte est obtenu en multipliant son coefficient par la valeur de la lettre-clé fixée conformément aux dispositions du Code de la sécurité sociale.

Le tarif d'un acte est compté en euros à deux décimales près. Les fractions de cents sont arrondies vers le haut si elles sont supérieures ou égales à cinq millièmes d'euros. Les fractions de cents sont arrondies vers le bas si elles sont strictement inférieures à cinq millièmes d'euros.

Cumul des actes

Art. 3.- Ne peut être mis en compte qu'un seul acte de la nomenclature par jour.

Limitation de la prise en charge

Art. 4.- Aucun acte de la nomenclature ne peut être mis en compte pour un patient traité dans un établissement hospitalier au sens de la loi modifiée du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière.

Exécution des actes

Art. 5.- Une séance a une durée de 50 à 60 minutes et consiste en le temps consacré par le psychothérapeute à une entrevue individuelle de psychothérapie avec son patient. La séance est considérée comme étant prestée à la date à laquelle elle a débuté.

Frais divers

Art. 6.- Le tarif des actes comprend tous les frais divers liés à une séance de psychothérapie, les frais d'appareil, de matériel, d'installation du prestataire, de préparation, de documentation, d'échange de données, de transmission électronique, de facturation, de comptabilité et de déplacement.

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

Tarifs

Valeur lettre-clé à indice 100: 16,41940

Cote d'application:	898,93
Valeur lettre-clé:	147,5989
Valable à partir du:	01.02.2023

**NOMENCLATURE DES ACTES ET SERVICES DES
PSYCHOTHERAPEUTES**

PREMIERE PARTIE : ACTES TECHNIQUES

Chapitre 1 - Séance de psychothérapie

- 1) Séance de psychothérapie d'initiation
- 2) Séance de psychothérapie de soutien
- 3) Séance de psychothérapie de soutien prolongée

REMARQUE:

Les codes SP01 à SP03 ne sont pas cumulables entre eux.

<u>Code</u>	<u>Coeff.</u>	<u>Tarif</u>
SP01	1,00	147,60
SP02	1,00	147,60
SP03	1,00	147,60

Modifications portées au règlement grand-ducal du 25 janvier 2023 arrêtant la nomenclature des actes et services des psychothérapeutes pris en charge par l'assurance maladie (Mémorial A – N°53 du 28.01.2023, p. 1)