

## Diététiciens

Une nouvelle nomenclature des actes et services des diététiciens est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Tous les actes de cette nomenclature sont soumis à prescription médicale.

La nomenclature détermine que les différents actes y prévus sont à dispenser dans le cadre d'un traitement structuré :

**« 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. »

Pour que les personnes protégées puissent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie-maternité, les médecins prescripteurs sont obligés d'indiquer sur l'ordonnance médicale :

- soit la notion « **Traitement diététique initial** »
  - qui donnera droit à un titre de prise en charge pour les 6 prestations prévues pour ce traitement
- soit la notion « **Prolongation d'un traitement diététique** »
  - qui donnera droit à un titre de prise en charge pour les 4 prestations prévues pour ce traitement
  - sous condition qu'un traitement diététique initial a été validé et effectué préalablement
- soit le code ou le libellé exacte d'un ou de plusieurs actes individuels
  - sous condition que l'ordre logique des actes et leur nombre maximal (1 x ZD11 – 1 x ZD12 – 4 x ZD13 – 4 x ZD21) soient respectés en cas d'ordonnances successives.

Dans tous les cas, une prise en charge est seulement possible si le code ou le libellé exact de la pathologie à l'origine de la prescription est indiqué sur l'ordonnance, conformément à l'annexe E des statuts de la CNS :

D01	Hypertension artérielle
D02	Insuffisance rénale chronique avec une clearance à la créatinine < 30ml/min
D03	Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI : maladie de Crohn et rectocolite hémorragique)
D04	Maladie cœliaque
D05	Intolérance alimentaire avérée au lactose
D06	Intolérance alimentaire avérée au fructose
D07	Mucoviscidose
D08	Obésité sévère adultes : BMI > 35
D09	Obésité adultes avec un BMI > 30 en association avec au moins l'un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• diabète sucré avec HbA1c &gt; 7 %</li> <li>• hypertension résistante au traitement et définie comme une pression sanguine supérieure à 140/90 mmHg, malgré un traitement pendant un an au moyen d'une prise simultanée de trois antihypertenseurs</li> <li>• syndrome d'apnée du sommeil objectivé via un examen polysomnographique réalisé dans un hôpital disposant d'un laboratoire de sommeil • type morphologique androïde (tour de taille dépassant 88 cm chez la femme et 102 cm chez l'homme)</li> <li>• antécédents cardiologiques (coronaropathie/ cardiomyopathie documentée)</li> </ul>
D10	Obésité enfants et adolescents : à déterminer selon courbes de distribution de l'IMC en fonction de l'âge et du sexe
D11	Diabète type I
D12	Diabète type II
D13	Prédiabète (glycémie ≥ 106 mg/dl)

Un titre de prise en charge émis par la CNS pour un « Traitement diététique initial » ou une « Prolongation d'un traitement diététique » a une validité de 12 mois à partir de la date d'établissement de l'ordonnance.

## Sages-femmes

Une nouvelle version de la nomenclature des actes et services des sages-femmes est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

Cette nomenclature contient désormais deux nouveaux actes soumis à prescription médicale :

S14	Consultation au cours de la grossesse : préparation aux changements pendant la grossesse et/ou préparation à l'accouchement, sur ordonnance médicale (durée minimale de 45 minutes)
S26	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, sur ordonnance médicale

Les statuts de la CNS déterminent les conditions et limitations de la prise en charge de ces actes comme suit :

*« Art. 65. L'assurance maladie ne prend en charge que cinq (5) consultations correspondant au code S14 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes par grossesse.*

*L'assurance maladie ne prend en charge le forfait correspondant au code S26 de la nomenclature des actes et services des sages-femmes que dans les situations limitativement énumérées ci-dessous :*

- Pour les primipares,
- En cas de naissances multiples,
- En cas d'accouchement prématuré,
- En cas de césarienne,
- En cas de mort in utéro »

Pour que les personnes protégées puissent bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie-maternité, les médecins prescripteurs sont obligés d'indiquer sur l'ordonnance médicale :

- pour la prescription de l'acte S14 :
  - o Le code « S14 » ou le libellé exact de l'acte
  - o Le nombre de consultations prescrites (maximum cinq)
- pour la prescription du forfait S26 :
  - o Le code « S26 » ou le libellé exact de l'acte
  - o La situation spécifique à l'origine de la prescription, parmi les cas énumérés dans l'article 65 des statuts de la CNS

Il est rappelé que pour les autres actes soumis à prescription médicale (S11, S12 et S30), il est également nécessaire d'indiquer :

- o le code ou le libellé exact de l'acte
- o le nombre de consultations prescrites.

### Limitation de responsabilité :

Cette note est à considérer comme un outil d'aide à la prescription destiné aux médecins prescripteurs, diffusé à titre d'information uniquement. Elle n'a aucune vocation d'exhaustivité et ne remplace pas les publications officielles au Journal officiel qui sont les seules faisant foi. La CNS décline toute responsabilité en cas de contradiction entre ce document et les dispositions réglementaires, conventionnelles et statutaires.