

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (NGAP)

PRESENTATION

HISTORIQUE

1. Depuis la loi du [13 août 2004](#), les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la Liste des actes et des prestations (art L162-1-7 du code la Sécurité Sociale).
2. La décision UNCAM du [11 mars 2005 \(JO du 30 mars 2005\)](#), au moment de la mise en œuvre de la CCAM, a distingué deux parties dans cette liste :
 - la CCAM, qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins décrits au Livre II et les dispositions générales et diverses s'y rapportant qui figurent au Livre I et au Livre III aux articles 1, 2 et 3 ;
 - la NGAP, qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. Seules les modifications entraînées par la mise en œuvre de la CCAM sont mentionnées au Livre III à l'article III-4 (modifications des dispositions générales, suppression de titres, de chapitres, d'actes...).

Depuis la décision UNCAM du [11 mars 2005](#), toutes les modifications de la Liste des actes et des prestations font l'objet de décisions UNCAM publiées au Journal officiel. Les évolutions concernant la NGAP pour les actes cliniques, dentaires ou les actes des auxiliaires médicaux, sont signalées à l'article III-4 du Livre III de la Liste.

OBJECTIF DE CETTE PUBLICATION

Présenter les dispositions générales et les actes restant pris en charge selon la NGAP.

Cette présentation s'appuie sur les textes réglementaires parus au Journal officiel depuis l'arrêté du [27 mars 1972](#) (date de création de la NGAP) qui restent seuls opposables. Les références aux textes récents, parus depuis [2005](#), sont mentionnées.

Des notes explicatives ou commentaires ont été insérés pour faciliter la compréhension.

CHAMP DE LA NGAP

I. Actes réalisés par les médecins :

1) ACTES REALISES EXCLUSIVEMENT PAR LES MEDECINS :

- les actes cliniques y compris les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux,
- les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale,
- les actes de prélèvements réalisés par les médecins biologistes,
- les actes de chimiothérapie anticancéreuse,
- les actes de pratique thermale.

2) ACTES COMMUNS AVEC CEUX DES SAGES-FEMMES OU DES AUXILIAIRES MEDICAUX, PLUSIEURS CAS SONT POSSIBLES :

- l'acte n'existe pas à la **CCAM** (par exemple : injection intraveineuse, bilan ostéo-articulaire, rééducation ...) dans ce cas, conformément à l'article 3 des Dispositions générales de la NGAP, le médecin utilise la NGAP avec le coefficient de l'acte indiqué et la lettre clé K ;
- l'acte existe à la **CCAM** et à la NGAP (par exemple le cathétérisme urétral chez l'homme) dans ce cas, quand un médecin réalise cet acte, il le code et le facture selon la **CCAM** et l'infirmière continue à utiliser la NGAP.

II. Actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les infirmières et les pédicures-podologues

CORRESPONDANCE ENTRE LES CHAMPS D'ACTES ET LES TITRES ET CHAPITRES

Remarque : La numérotation correspondant aux textes réglementaires antérieurs à 2005 a été conservée. Comme certains titres, chapitres ou articles ont été supprimés par la Décision du [11/03/05](#), il n'y a plus de continuité dans la numérotation.

Première partie

Dispositions Générales

- concernent toutes les professions de santé ;
- comprend en particulier les actes cliniques.

Deuxième partie

Acte de brûlures

[Titre I – Chapitre III](#)

Actes de prélèvement

[Titre II – Chapitre I, III, IV, V](#)
[Titre III - Chapitre I, article 1, Chapitre V, article 6](#)
[Titre VII – Chapitre III, article 3](#)
[Titre VIII – Chapitre II, III, IV](#)
[Titre XI – Chapitre I, article 1](#)
[Titre XVI, Chapitre I, article 1, article 6](#)

Actes portant sur l'estomac et l'intestin

[Titre VIII – Chapitre III](#)

Actes liés à la gestation et l'accouchement :
Actes réalisés par les médecins

[Titre XI –Chapitre II ; Section 1](#)

Actes de chimiothérapie

[Titre II – Chapitre V ; Section II – article 3](#)

Actes d'orthoptie

[Titre III – Chapitre II – articles 1, 2, 3](#)

Actes d'orthophonie

[Titre IV – Chapitre II – article 2](#)

Actes réalisés par des sages-femmes

[Titre XI – Chapitre II ; Section 2](#)
[Titre XIV – Chapitre II, article 8](#)
[Titre XVI - Partie I, Chapitre I, Articles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10](#)
[Titre XVI – Partie I, Chapitre II, Articles 1, 2, 3, 4, 5, 5bis, 6](#)

Actes de chirurgie dentaire

[Titre I – Chapitre III](#)
[Titre II – Chapitre I](#)
[Titre II - Chapitre III](#)

	Titre II – Chapitre IV Titre II – Chapitre VI Titre III – Chapitre I Titre III – Chapitre IV Titre III – Chapitre V Titre III – Chapitre VI Titre III – Chapitre VII Titre III – Chapitre VIII
Actes de pédicurie-podologie	Titre XII – Chapitre II, article 3, article 4
Actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux	Titre XIII - Chapitre II
Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles	Titre XII – Chapitre II, article 3 Titre XIV
Actes de pratique thermale	Titre XV – Chapitre IV, articles 2, 3 et 4
Actes infirmiers	Titre II- Chapitre V ; Section II, article 1 Titre XVI – Partie I : Chapitre I, articles 1 à 14 Titre XVI – Partie I : Chapitre II, articles 1 à 7 Titre XVI – Partie II : Chapitre I Titre XVI – Partie II : Chapitre II

Troisième partie

Actes radiodiagnostic pour les chirurgiens-dentistes et les stomatologistes	Titre I - Chapitre I Titre I – Chapitre II Titre I – Chapitre IV Titre I – Chapitre V
---	--

Cinquième partie

Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale

Annexes

Annexe 1 : Soins infirmiers

Annexe 2 : Lettres clés

GUIDE DE LECTURE

Code couleur :

Bleu : date des textes de référence

Rouge : CCAM

Gris : suppression

Violet : commentaire

Code caractères

Italiques : parties du texte non modifiées par des textes réglementaires mais qui sont devenues sans objet, par exemple parce que les actes auxquelles elles s'appliquent ont été supprimées de la NGAP.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier

Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12/05/1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation.

Article 2. - Lettres clés et coefficients

Tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient.

1. Lettre clé

(Modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, du 05/02/08, 04/03/08, 08/10/08, par arrêté du 14/01/10, les décisions UNCAM du 18/01/10, 23/12/10, 14/02/13, 15/10/13, 17/06/15, 23/02/17, 24/07/17, 18/07/19, 13/02/20, du 29/04/20, 28/03/22, 29/09/22, 08/02/23, 12/05/23, du 07/08/23, du 25/09/23, du 15/01/23 et du 14/12/23)

La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser sont décrites dans l'annexe 2 de la NGAP.

2. Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel.

Article 2 bis - Majorations de coordination

(Créé par la décision UNCAM du 29/10/24)

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés (consultations à la demande du médecin traitant pour des soins itératifs, consultations de médecin en accès spécifique, consultations à la demande du médecin correspondant) le médecin qui procède à un retour d'information vers le médecin traitant facture en sus de la consultation une majoration de coordination :

- MCS pour le médecin spécialiste correspondant ;
- MCC pour le cardiologue en cumul avec la CSC ;
- MCG pour le médecin généraliste.

Ces majorations sont ouvertes uniquement aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables, par les praticiens ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis dans la convention médicale en vigueur et par les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement lorsqu'ils pratiquent les tarifs opposables.

Par dérogation pour un enfant de moins de 16 ans et en l'absence de médecin traitant la MCS et la MCC sont facturables.

La majoration de coordination ne peut pas se cumuler avec la facturation d'un dépassement autorisé (DA) prévu par la convention médicale en vigueur.

Article 3 - Notation d'un acte

Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa codification, comportant le numéro de code de l'acte figurant à la Nomenclature.

Toutefois, à titre transitoire, et jusqu'à la date à compter de laquelle l'obligation de codification deviendra effective, le praticien doit indiquer sur la feuille de soins :

1. la lettre clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ;

Première partie : Dispositions Générales

2. immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Article 4. - Remboursement par assimilation

(Modifié suite au décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01))

Article abrogé par la décision UNCAM du 11/03/05 pour les actes inscrits au Livre II (CCAM)

1. Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la Nomenclature, l'acte exceptionnel peut être assimilé à un acte de même importance porté sur la Nomenclature et, en conséquence, affecté du même coefficient. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'avis favorable du contrôle médical rendu après examen clinique du bénéficiaire par le praticien-conseil et à l'accomplissement des formalités de l'accord préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Toutefois, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours doit être considéré comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

2. *Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'Assurance Maladie compétentes, autoriser son remboursement par application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'accord préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation*

Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement

(Modifié par les décisions UNCAM du 29/09/22 et du 21/01/26)

Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession :

a) les actes effectués personnellement par un médecin ;

Première partie : Dispositions Générales

- b) les actes effectués personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous réserve qu'ils soient de leur compétence ;
- c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative (sauf dispositions législatives ou dispositions réglementaires dérogatoires) et qu'ils soient de sa compétence.

Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.

Article 6 - Actes effectués par des sages-femmes ou des auxiliaires médicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un auxiliaire médical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation et le remboursement s'effectuent sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité de l'auxiliaire médical ou de la sage-femme, même si les honoraires y afférents sont perçus par le médecin. Dans ce cas, la feuille de soins est signée à la fois par l'auxiliaire médical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Article 6-1 - Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste (RNO) (Créé par la décision UNCAM du 10/07/18)

Le bilan visuel s'adresse à des patients âgés de 6 ans à la veille incluse des 51 ans. La population cible et les conditions de réalisation de ce bilan visuel sont conformes aux protocoles de coopération validés par la HAS « *Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans* » et « *Réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans* ».

Première partie : Dispositions Générales

Ce protocole s'adresse à des ophtalmologues et à des orthoptistes salariés ou libéraux exerçant dans un même lieu d'exercice et unique.

Le patient est connu de l'ophtalmologue (ou un de ses associés). L'accord du patient ou de son représentant est nécessaire pour la réalisation du bilan par l'orthoptiste en l'absence de l'ophtalmologue. Le bilan réalisé par l'orthoptiste inclut au moins l'interrogatoire, la détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction, la recherche de déséquilibre oculomoteur, la mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air (au-delà de 16 ans), la prise de rétinographie.

Sont exclus les patients :

- présentant des signes d'affection aiguë de l'œil,
- dont la dernière consultation avec l'ophtalmologue, ou un de ses associés, remonte à plus de 5 ans,
- porteurs d'une pathologie chronique connue et suivie,
- dont les traitements ou pathologies générales nécessitent un suivi ophtalmologique régulier,
- adressés par un autre médecin.

L'orthoptiste oriente le patient vers l'ophtalmologue si son état le nécessite.

L'acte ne peut être facturé qu'une seule fois par patient à l'issue de sa complète réalisation soit par l'ophtalmologue, soit par l'orthoptiste.

Pendant la période allant du bilan visuel réalisé par l'orthoptiste à la lecture du bilan par l'ophtalmologue (délai maximum de 8 jours pour la lecture du bilan et la facturation), ne sont pas autorisées la facturation :

- d'un bilan orthoptique, d'une mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation, d'une exploration du sens chromatique, d'une rétinographie par un orthoptiste,
- des actes CCAM suivants : BGQP007, BGQP009, BGQP140, BLQP010, BJQP002,
- d'une consultation par l'ophtalmologue, sauf situation d'urgence.

L'acte n'est facturable avec aucune majoration listée dans la NGAP et listée dans la convention nationale des médecins et doit être réalisé à tarif opposable.

Article 7 - Accord préalable

(Modifié par décret n° 2001-492 du 06/06/01 (JO du 10/06/01) et décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01), décision UNCAM du 02/10/12, du 15/10/13, du 20/12/19)

La caisse d'Assurance Maladie ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations.

A. Indépendamment des cas visés dans d'autres textes réglementaires, sont soumis à la formalité de l'accord préalable :

1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ;
2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP.

B. Lorsque l'acte est soumis à cette formalité, le praticien qui dispense cet acte (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, auxiliaire médical) est tenu, préalablement à son exécution, d'adresser au contrôle médical une demande d'accord préalable remplie et signée.

Lorsque l'acte doit être effectué par un auxiliaire médical, la demande d'accord préalable doit être accompagnée de l'ordonnance médicale qui a prescrit l'acte ou de la copie de cette ordonnance.

Les demandes d'accord préalable sont établies sur des imprimés conformes aux modèles arrêtés par le ministre des Affaires Sociales et de la Santé.

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

La réponse de la caisse d'Assurance Maladie doit être adressée au malade et en copie au praticien, au plus tard le 15ème jour à compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical, la caisse ou la mutuelle.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par

Première partie : Dispositions Générales

un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

Faute de réponse dans ce délai, son assentiment est réputé acquis. Dans ce dernier cas, le contrôle médical peut toujours intervenir pour donner un avis à la caisse d'Assurance Maladie sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, la caisse indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.
Elle fixe un délai pour la réception de ces pièces.

Le délai au terme duquel, à défaut de décision expresse, la demande est réputée acceptée ne court qu'à compter de la réception des pièces requises.

Lorsqu'il y a urgence manifeste, le praticien dispense l'acte mais remplit néanmoins la formalité ci-dessus indiquée en portant la mention : "acte d'urgence".

D. Lorsque la demande d'accord préalable porte sur des actes d'orthopédie dento-faciale, l'absence de réponse de la caisse dans un délai de quinze jours, vaut accord de la demande.

E. Pour des motifs de santé publique, certaines prestations peuvent justifier la mise en œuvre d'une procédure d'accord préalable, mentionnée à l'avant-dernier alinéa du II. de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale.

Le prescripteur établit la demande d'accord préalable de manière dématérialisée via un télé service de l'assurance maladie développé à cet effet, sauf mention expresse précisant que le prescripteur peut adresser sa demande au service du contrôle médical placé auprès de l'organisme d'assurance maladie de l'assuré par voie postale.

Pour les demandes d'accord préalable en chirurgie bariatrique, celles-ci doivent être réalisées exclusivement sous format dématérialisé via le télé service susvisé.

Le prescripteur reçoit, à l'issue de cette demande dématérialisée, une notification l'informant immédiatement soit de l'avis médical rendu automatiquement valant accord ou refus de la prise en charge, soit de la nécessité d'une évaluation par le service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Dans les cas où, la décision d'accord préalable nécessite une évaluation par le service du contrôle médical, l'absence de réponse de l'organisme d'assurance maladie dans un délai de 15 jours à compter de la réception d'une demande complète d'accord préalable par le service du contrôle médical vaut accord de prise en charge.

En cas de refus, la décision est notifiée à l'assuré avec la mention des motifs par l'organisme d'assurance maladie. Elle mentionne les voies et délais de recours qui lui sont applicables. Le prescripteur à l'origine de la demande en est informé.

La décision d'accord préalable du service médical émise de manière dématérialisée peut être consultée par le prescripteur via un télé service mis en place par la caisse.

Dans les cas où, la décision ne peut être émise de manière dématérialisée, le prescripteur sera informé de la décision du service médical par courrier envoyé dans un délai raisonnable dans les cas où la décision a fait l'objet d'un refus.

Article 8 - Acte global et actes isolés

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

A) Acte global

Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixés à l'acte global, de ce fait ils comportent en sus de la valeur de l'acte celle :

- des soins pré-opératoires ;
- de l'aide opératoire éventuelle ;
- en cas d'hospitalisation, des soins post-opératoires pendant la période de 20 jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie de l'assuré avant le 20ème jour, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires ;
- en cas d'intervention sans hospitalisation, des soins post-opératoires pendant une période de dix jours. Cependant, si le praticien ayant effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre praticien, ce dernier pourra percevoir des honoraires.

Par contre, ces coefficients ne comprennent pas notamment :

- les honoraires dus éventuellement au praticien traitant assistant à l'intervention, qu'il y ait participé ou non ;

Première partie : Dispositions Générales

- les actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade ;
- les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention ;
- la fourniture des articles de pansement.

Les honoraires de chaque médecin doivent être notés sur des feuilles de maladie distinctes, notamment ceux du médecin traitant assistant à l'intervention et ceux du médecin anesthésiste réanimateur.

B) Acte isolé

1. Les coefficients inférieurs à 15 ne sont pas fixés à l'acte global et correspondent à des actes isolés. De ce fait, les actes (pansements, par exemple) consécutifs à des interventions d'un coefficient inférieur à 15 sont cotés à part.

Le médecin ne doit noter une consultation ou une visite que lorsque les séances de soins consécutives à l'intervention s'accompagnent d'un examen du malade (cf. article 15).

2. Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance (cf. article 11-B) les soins consécutifs sont honorés à part, même si le coefficient total correspondant à l'ensemble des actes dépasse 15, à la condition que le coefficient isolé de chacun des actes soit au plus égal à 14.

Article 9 - Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, une seconde intervention, nécessitée par une modification de l'état du malade ou par une affection intercurrente s'impose, le second acte ouvre une nouvelle période, annulant le temps restant à courir, de vingt à dix jours selon qu'il y a ou non hospitalisation.

Article 10 - Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours

Depuis la décision UNCAM du 11/03/05, cet article ne concerne que les actes facturés en NGAP

Première partie : Dispositions Générales

Si, durant les vingt ou dix jours fixés à l'article 8 A ci-dessus, il se présente une affection médicale intercurrente, nécessitant l'intervention d'un médecin autre que l'opérateur, les soins dispensés donnent lieu à honoraires, indépendamment de ceux relatifs à l'intervention chirurgicale.

Article 11 -Actes multiples au cours de la même séance

(Modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 05/02/08, 08/10/08, 02/10/12, 21/03/13, 15/10/13, 18/04/14, 17/06/15, 18/07/19 et du 06/09/2023)

A. Actes effectués dans la même séance qu'une consultation

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exception prévue ci-dessous. Par extension, les majorations prévues à la NGAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CCAM et les modificateurs prévus au chapitre 19.03 de la CCAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NGAP.

Seul l'acte dont les honoraires sont les plus élevés est noté sur la feuille de maladie.

Exception :

- la consultation donnée par un chirurgien ou un spécialiste qui examine un malade pour la première fois dans un établissement de soins peut être notée sur la feuille de maladie en sus de l'intervention chirurgicale qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée d'urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

Cas particulier des sages-femmes

Les honoraires de la consultation, des séances du titre XI définies dans le chapitre II « actes liés à la gestation et l'accouchement » ou forfaits facturés SF par les sages-femmes et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exceptions prévues ci-dessous.

Exceptions :

Première partie : Dispositions Générales

- le forfait de surveillance SF de surveillance du travail de l'accouchement avec un acte technique CCAM d'accouchement et/ou avec le forfait de surveillance du post-partum immédiat dans le cadre des accouchements réalisés en maison de naissance.
- pour la sage-femme référente, une séance de préparation à la naissance et à la parentalité et une des consultations obligatoires de grossesse effectuées dans des temps distincts sont facturées à taux plein.

B. Actes en K, KMB, SF, SP, SFI, AMI, AMX, AIS, AMP, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre.

Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient.

Toutefois, le second acte est noté à 75% de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, *soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre.*

Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50% de son coefficient.

2. En cas d'actes multiples au cours de la même séance, le praticien ne doit pas noter le coefficient global, mais les coefficients correspondant à chacun des actes effectués.

Exemple : Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectué dans la même séance, la feuille de maladie doit être annotée K 20 + K 10/2 et non K 25 afin de permettre le contrôle médical et, le cas échéant, l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 8.

3. Lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes.

Pour chaque praticien, les actes sont notés conformément aux 1. et 2. ci-dessus.

4. Les dispositions du présent paragraphe ne s'appliquent pas :

Première partie : Dispositions Générales

- a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;
- b) aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques ;
- c) aux actes d'accompagnement infirmier à la téléconsultation TLS, TLD et TLL ;
- d) aux actes infirmiers de vaccination réalisés à domicile.

5. Les forfaits journaliers infirmiers BSA, BSB, BSC, définis à l'article 23.3, sont toujours facturés à taux plein. Lorsqu'au cours d'une séance de soins en rapport avec la dépendance, un acte en AMX est réalisé, il est noté à 50% de son coefficient, quelle que soit la valeur du coefficient (sauf dérogations listées au Titre XVI, Chapitre I, article 12).

**Les conditions de cumul de l'AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au Titre XVI - chapitre I - article 11 - § 2 et 4.
Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux selon le Titre IV - Chapitre II - article 2.**

Article 12 - Actes en plusieurs temps (Modifié par décision UNCAM du 15/10/13)

- A. Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature sous une forme globale comprend en réalité plusieurs interventions successives (actes en plusieurs temps), le médecin ne signe la feuille de maladie que lorsque les différents temps de l'intervention sont terminés. Dans le cas où ces interventions auront été interrompues, il indique la quotité partielle de celles effectuées. S'il s'agit d'une série de séances qui a été interrompue, le médecin indique le nombre de séances effectuées.
- B. Lorsqu'un traitement comportant une série d'actes répétés est coté dans la nomenclature sous une forme globale, il doit être inscrit sur la feuille de maladie uniquement sous cette forme et ne peut être décomposé en actes isolés.
- C. Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a été effectuée en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune majoration, sauf indication contraire portée à la nomenclature.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

(Modifié par décision UNCAM du 20/03/12, 10/09/15, 18/07/19, 13/02/20, 12/11/20, 28/03/22, 14/12/23, 28/06/24, 29/10/24 et du 11/03/26)

Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé.

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas :

- à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V ;

si au sein du même domicile, l'infirmier intervient au cours du même passage sur un ou plusieurs patients ayant des soins relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales.

B) Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin sont situés à Paris, Lyon, ou Marseille, la convention peut prévoir pour les actes effectués au domicile du malade une indemnité spéciale de dérangement.

La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Toutefois, cette indemnité spéciale de dérangement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V.

L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horokilométrique prévue au paragraphe C de

Première partie : Dispositions Générales

l'article 13 ni avec les majorations prévues à l'article 14 pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

C) Indemnité kilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération, et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2. Elle est facturée en plaine avec le code IK et en montagne avec le code IKM. Pour l'indemnité kilométrique « à pied ou à ski » le code à facturer est IKS.

Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité horokilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence (MU) prévue à l'article 14-1 ou à la majoration de déplacement prévue à l'article 14-2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur de l'acte ; s'il s'agit d'une visite, cette indemnité s'ajoute au prix de la visite et non à celui de la consultation. Pour les actes en K, Z, SP, SF, SFI, AMI, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD, TLS, PAI, AMP, POD, AMO, AMY de la NGAP et ceux pratiqués par les masseurs-kinésithérapeutes ou les actes équivalents inscrits à la CCAM, l'indemnité horokilométrique se cumule avec les indemnités forfaitaires prévues aux paragraphes A et D.

L'indemnité horokilométrique est calculée et remboursée dans les conditions ci-après:

1° L'indemnité due au professionnel de santé est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne dont les zones sont définies par la Loi n°85-30 du 9 janvier 1985 relative au développement et à la protection de la montagne.

Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.

En cas d'acte global (intervention chirurgicale, par exemple), chaque déplacement du praticien occasionné soit par l'acte initial, soit par les soins consécutifs donne lieu à l'indemnité de déplacement forfaitaire et, le cas échéant, horokilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

Première partie : Dispositions Générales

2° Les indemnités horokilométriques pour les actes en AML, AIS, DI, AMX, BSA, BSB, BSC, TLL, TLD et TLS et en cumul avec l'IFD ou l'IFI sont soumises à un dispositif de plafonnement journalier du montant facturé.

Cet abattement est déterminé au regard de la distance journalière facturée par l'infirmier (la distance journalière étant définie comme le cumul des kilomètres facturables, après déduction des 1 et 2 km définis à l'article 13 des dispositions générales de la nomenclature précitée, du premier au dernier patient du début à la fin du jour civil de réalisation des soins).

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

- jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;
- à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;
- à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

En parallèle, les infirmiers conservent la possibilité de pouvoir facturer les indemnités kilométriques à partir du cabinet professionnel et, ce même, dans le cadre des tournées journalières au domicile des patients pour lesquels les infirmiers ne reviennent pas systématiquement, entre chaque passage, à leur cabinet.

3° Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

Par dérogation, peuvent facturer des indemnités kilométriques à condition que le domicile du professionnel du praticien soit situé à une distance raisonnable du malade, soit dans la limite de 10 km en zone urbaine, et de 30 km en zone rurale, les professionnels suivants :

- le médecin traitant ;
- la sage-femme ayant pris en charge la parturiente en ante-partum et qui intervient pour le suivi en post-partum.

Lorsque l'assuré fait appel à un médecin spécialiste qualifié ou à un chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, le remboursement n'est calculé par rapport au spécialiste de même qualification le plus proche que si l'intervention du spécialiste a été demandée par le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste traitant, dans le cas contraire, le remboursement est calculé par rapport au médecin généraliste ou au chirurgien-dentiste omnipraticien le plus proche.

A titre dérogatoire, la règle mentionnée au 3° ne s'applique pas :

Première partie : Dispositions Générales

- lorsque les déplacements du professionnel de santé sont effectués dans le cadre des programmes de retour à domicile mis en place par les caisses d'assurance maladie répondant aux objectifs des articles L. 1110-1 du code de santé publique, L. 162-1-11 alinéa 4 du code de la sécurité sociale, et L. 111-2-1 et L.111-1 du code de la sécurité sociale ;
- lorsque les déplacements sont effectués dans le cadre de soins en pratique avancée par un infirmier en pratique avancée.

4° L'indemnité horokilométrique prend une valeur unitaire spécifique pour le professionnel de santé dans les territoires définis par la Loi Montagne sous réserve de dispositions conventionnelles dérogatoires.

5° En Guyane, les déplacements réalisés en pirogue des médecins sont facturés IKS.

D) IFI – Indemnité forfaitaire infirmier

Lorsque les soins sont réalisés dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er, la convention nationale prévoit pour les actes effectués par l'infirmier au domicile du patient des indemnités forfaitaires infirmiers de déplacement cotées IFI avec coefficient défini ci-dessous.
La valeur en unité monétaire de cette indemnité est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Dans le cadre du dispositif défini à l'article 23. 3 des Dispositions générales de la NGAP, cette indemnité forfaitaire est cotable à chaque déplacement réalisé dans la journée pour des soins liés à la dépendance dès lors qu'un forfait BSA, BSB ou BSC ou DI dans le cadre de l'article 12 du chapitre I de la NGAP, est facturé le même jour au patient. Elle peut être facturée isolément ou avec un acte infirmier coté en AMX. De plus, cette indemnité forfaitaire peut se cumuler avec les IK et les majorations autorisées dans les articles 14 et 23.2 des Dispositions générales de la NGAP.

Au maximum, 4 indemnités forfaitaires de déplacement peuvent être facturées dans la même journée pour un même patient.

Pour chaque déplacement, le coefficient associé à l'IFI dépend du nombre de patients au sein du même domicile, sur lequel l'infirmier intervient pour des soins décrits à l'article 23.3 des dispositions générales :

- l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1, s'il intervient sur un seul patient ;
- si plusieurs personnes sont concernées par ces types de soins, l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0,01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage ;

Première partie : Dispositions Générales

- si au sein d'un même domicile, l'infirmier intervient également sur des patients ayant des soins autres que ceux relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales, seules les indemnités forfaitaires de déplacement (IFI avec coefficient) sont facturées pour les patients dépendants concernés, de la manière décrite précédemment. Pour les autres patients, l'infirmier ne facture aucun frais de déplacement.

Dans le cadre des soins inscrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, l'acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour des soins de pratique avancée pendant un trimestre dès lors qu'un forfait initial ou de suivi, décrits au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP, est facturé au préalable sur le trimestre considéré. Cette indemnité peut être facturée isolément. De plus, elle est cotable le jour de la facturation du forfait d'éligibilité.

E) IFS – Indemnité forfaitaire de déplacement spécifique des masseurs-kinésithérapeutes

L'indemnité forfaitaire de déplacement spécifique IFS des masseurs-kinésithérapeutes s'applique uniquement aux actes du chapitre II du titre XIV de la NGAP visés ci-dessous :

- aux actes de l'article 1 du paragraphe D « Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » ;
- aux actes de l'article 1 des paragraphes A, B, C, E, F après intervention pour motif orthopédique ou traumatologique, de la sortie d'hospitalisation au 35e jour après cette sortie afin de permettre une meilleure adéquation de placement en établissement soins médicaux et de réadaptation (SMR). Pour ces actes, la limitation temporelle au 35e jour ne s'applique pas aux déplacements liés aux actes réalisés dans le cadre des programmes d'accompagnement du retour à domicile.
- aux actes de l'article 2 « Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires » ;
- aux actes de l'article 4 « Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires » ;
- aux actes de l'article 5 « Rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence) » et « Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose » ;

Première partie : Dispositions Générales

- à l'acte de l'article 9 « rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé ».

Article 13.1 - Frais de déplacement pour actes effectués dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées régi par le Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin, le chirurgien-dentiste ou l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois.

Article 13.2 - Frais de déplacement pour les actes effectués en établissements de santé par les médecins anatomocytopathologistes.

Les frais de déplacement en établissements de santé ne peuvent être facturés par les médecins anatomocytopathologistes, conformément à l'article 13 ci-dessus, qu'à titre exceptionnel, pour pratiquer des examens extemporanés.

Article 14 - Actes effectués la nuit ou le dimanche **(Modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 08/10/08 et du 29/10/24)**

Lorsque, le médecin intervient pour un patient en situation d'urgence, correspondant à une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide de ressources humaines et matérielles, et pour les autres professions en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration.

Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

A. Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes **(Modifié par décision UNCAM du 05/02/08)**

1. Visites du dimanche, de jours fériés légaux, visites de nuit, actes de coefficient inférieur à 15, forfait d'accouchement

À la valeur des lettres-clés V, VS et VNPSY et exceptionnellement C, CS et CNPSY, de même qu'à celles des actes K, KMB, Z, SP, SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

En matière d'accouchement, seule est à prendre en considération pour l'octroi de cette majoration l'heure de la naissance.

1 bis. La majoration de nuit pour les actes de nuit effectués par les médecins généralistes, les pédiatres et les sages-femmes, dans les conditions mentionnées ci-dessus, peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

2. Actes d'un coefficient égal ou supérieur à 15

- Actes de nuit

Pour les actes en K, Z, SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 10% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 15 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

- Actes du dimanche et jours fériés légaux.

Pour les actes en K, Z, SP, SF, d'un coefficient égal ou supérieur à 15, la majoration est égale à 5% du coefficient de l'acte, sans pouvoir dépasser 8 fois la valeur de la lettre clé, ni être inférieur à la valeur de la majoration prévue au 1 ci-dessus.

B. Actes effectués par les auxiliaires médicaux et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers

La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche ou jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés prévues à l'article 2.

Première partie : Dispositions Générales

Pour les actes infirmiers répétés, ces majorations ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne.

La majoration forfaitaire pour les actes de nuit effectués par les infirmiers ainsi que par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers peut faire l'objet d'une différenciation. Les valeurs des majorations sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

Article 14.1 - Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale (Modifié par la décision UNCAM du 18/07/05)

Lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter immédiatement son cabinet soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente (Centre 15), soit à la demande expresse et motivée du patient, la visite ou les actes de premier recours qu'il effectue donnent lieu en sus des honoraires normaux et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence.

L'application de la disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM. La majoration forfaitaire d'urgence ne se cumule pas avec les majorations prévues à l'article 14 ci-dessus pour les actes effectués la nuit ou le dimanche. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Article 14.1.1 - Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste abrogé par la décision UNCAM du 29/10/24

Article 14.1.2 – Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste abrogé par la décision UNCAM du 29/10/24

Article 14.1.3 - Majorations pour la prise en charge par une sage-femme ou par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins (SAS) pour une prise en charge dans les 48 heures

(Créé par décision UNCAM du 12/05/23 et modifié par la décision UNCAM du 06/09/23 et du 29/10/24)

La consultation réalisée sous 48 heures par la sage-femme ou le médecin correspondant non médecin traitant sollicité par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins, ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration, dénommée "soins non programmés (SNP)".

Lorsque cette consultation a lieu entre 19h et 21h le médecin correspondant facture en sus de la cotation SNP la majoration SHE.

Les majorations SNP et SHE ne se cumulent pas avec :

- la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents ;
- les autres majorations dédiées aux soins urgents (y compris la MU de l'article 14.1 de la NGAP) ou PDSA ;
- les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés ;
- les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant ;
- la majoration MHP (article 22-4).

Le nombre de majorations SNP pouvant être cotées par un médecin ou une sage-femme par semaine est limité à 20.

La majoration SNP ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient pour une prise en charge dans les 48 heures sur adressage du médecin régulateur d'une valorisation spécifique prévue à l'article 15.2.4.

La majoration SHE n'est pas ouverte à la facturation des psychiatres et des sages- femmes.

Article 14.1.4 - Majoration pour la prise en charge par un chirurgien-dentiste des urgences dentaires en dehors des plages de permanence de soins dentaires

(Créé par décision UNCAM du 15/01/24)

La consultation du chirurgien-dentiste omnipraticien et spécialiste, pour la prise en charge des urgences dentaires sur demande de régulation médicale (centre 15 ou SAS) en dehors des plages de permanence de soins dentaires ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration, dénommée « soins non programmés (SNP) »

Première partie : Dispositions Générales

Le nombre de majorations SNP pouvant être cotées par un chirurgien-dentiste par semaine est limité à 10.

Cette majoration n'est pas cumulable avec un acte technique.

Article 14.1.5 – Majoration pour la visite réalisée au domicile du patient dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du SAS

(Créé par décision UNCAM du 24/10/24)

Lorsque le médecin intervient au domicile du patient dans les 24 heures suivant l'appel de la régulation du SAS, il facture la majoration "MVR". Cette majoration est applicable lorsque la visite est facturée à tarif opposable, et cumulable avec les majorations SNP, SHE et le code prestation MCY.

Article 14.1.6 – Majoration des consultations en cas d'intervention sur demande du médecin correspondant dans les 4 jours ouvrés

(Créé par décision UNCAM du 24/10/24)

La consultation du médecin traitant adressant le patient à un autre spécialiste pour une intervention dans les 4 jours ouvrés est valorisée par la majoration MUT.

La consultation réalisée dans les 4 jours ouvrés par le médecin correspondant sollicité par le médecin traitant, le médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ou le médecin régulateur du Centre 15 est valorisée par la majoration MCU.

Les majorations ne sont pas cumulables avec les autres majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins (article 22-3).

Ces majorations ne peuvent être facturées qu'en cas de respect des tarifs opposables.

Article 14.2 - Majoration de déplacement

(Modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, du 05/12/06, du 08/01/20, du 13/01/22 et du 06/09/23, 29/10/24)

Lorsque le médecin généraliste ou le gériatre se déplace au domicile d'une personne la visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD dès lors que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet.

Lorsque la sage-femme, se déplace au domicile d'une personne dont la situation ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet, ce déplacement donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement MD pour les actes suivants :

- les visites ou les actes réalisés lors de la période postnatale jusqu'à 14 semaines après l'accouchement ;
- pour l'acte du titre XIV de la NGAP d' « observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24ème semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin » ;
- pour l'acte d' « observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive.

La MD est facturable par tous les médecins, toutes spécialités confondues, dans le cas particulier suivant : déplacement pour pratiquer des soins aux personnes en situation de handicap dans le cadre de dispositifs de consultations dédiés dans les structures de soins spécialisées.

Dans tous les cas le médecin communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.
Dans les cas particuliers ci-dessous les règles de facturation de la MD sont les suivantes :

1- La nuit, le dimanche et les jours fériés, l'acte donne lieu, en sus de l'honoraire et, le cas échéant, des indemnités horokilométriques, à la majoration de déplacement. Dans ce cas, cette majoration est dénommée MDN pour les actes de nuit effectués dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 14 et peut faire l'objet d'une différenciation en fonction de l'heure de réalisation de l'acte. Elle est dénommée MDD pour les actes réalisés le dimanche et les jours fériés.

2-La facturation de la MD peut se cumuler avec la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CCAM.

3-La majoration de déplacement ne se cumule pas avec les majorations mentionnées aux articles 14 et 14.1 ci-dessus.

4-Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin généraliste ou le gériatre intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées tel que mentionné à l'article 13-1 pour effectuer des actes sur plus d'un patient, cette majoration peut être facturée pour chaque patient dans la limite de trois par déplacement.

Première partie : Dispositions Générales

5- Si l'un ou l'autre des domiciles du patient ou du cabinet du médecin se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne et de ses évolutions en vigueur), le médecin généraliste ou le gériatre facture le code MDM.

La valeur de la majoration de déplacement est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 14.3 - Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet : abrogé par la [décision UNCAM du 18/07/05](#). Voir [chapitre 19.03.01 \(M\) de la CCAM](#).

Articles 14.4 - 14.4bis - 14.4quater -14.4quinquies - 14.4.2 - 14.4.3 : abrogés par la [décision UNCAM du 23/02/17](#)

Article 14.4 ter : abrogé par la [décision UNCAM du 21/06/17](#)

Article 14.4.1 : abrogé par la [décision UNCAM du 24/03/17](#)

Article 14.4.4 : abrogé par la [décision UNCAM du 13/01/22](#)

Article 14.4.5 – Majoration des gynécologues médicaux : abrogé par la [décision UNCAM du 29/10/24](#).

Article 14.5 - Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique : abrogé par [décision UNCAM du 18/07/05](#). Voir [Chapitre 19 de la CCAM \(codes YYYY008 et YYYY011\)](#).

Article 14.6 – Le suivi de l'enfant par le pédiatre

[\(Créé par la décision UNCAM du 23/02/17 et modifié par la décision UNCAM du 29/10/24\)](#)

Pour les consultations de l'enfant, le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable, facture le code CEH pour les enfants de moins de deux ans, CEK pour les enfants de deux à moins de six ans et CEG pour les enfants à partir de six ans. Ces trois consultations ne se cumulent pas avec la majoration de coordination spécialiste MCS.

Première partie : Dispositions Générales

Le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassement facture la consultation C (ou visite V).

Article 14.6.1 – Nouveau forfait pédiatrique (Modifié par les décisions UNCAM du 29/04/20 et du 29/10/24)

Les consultations ou visites effectuées pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 2 ans par le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassement ouvrent droit à une majoration, dénommée « nouveau forfait pédiatrique (NFP) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration se cumule avec la consultation C (ou visite V).

Le NFP ne se cumule pas avec la facturation d'une majoration de coordination (MCS) définie à l'article 2 bis.

Article 14.6.2 – La consultation de recours au pédiatre (CEP) (Créé par la décision du 29/10/24)

Sur adressage écrit du service de protection maternelle et infantile (PMI), de la médecine scolaire, d'une sage- femme, d'un orthophoniste ou d'un orthoptiste, le pédiatre réalise une expertise de second recours facturée CEP.

Le pédiatre fait un retour écrit au demandeur et, au médecin traitant.

Pour un même patient, cette consultation ne peut être facturée plus d'une fois par an pour une sollicitation du même demandeur, et dans la limite de 3 fois par an.

Article 14.6.3 – Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le pédiatre abrogé par la décision du 29/10/24

Article 14.7 – Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (Modifié par décision UNCAM du 29/04/20)

Les consultations et les visites, effectuées par le médecin généraliste conventionné à destination d'un enfant jusqu'à la veille incluse de ses six ans, ouvrent droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée « majoration enfant pour les médecins généralistes (MEG) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

Article 14.8 – Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme

(Créé par la décision UNCAM du 21/06/17 et modifiée par décision du 06/11/18, du 29/04/20, du 13/01/22 et du 06/09/23)

La consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention est dénommée CCP. Cette consultation à fort enjeu de santé publique est réservée aux jeunes de moins de 26 ans et prise en charge dans les conditions définies à l'alinéa 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Cette consultation permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale (prévention et promotion, contraception, vaccination, dépistage et traitement des infections sexuellement transmissibles, repérage des situations de violences et/ou discriminations en rapport avec la vie sexuelle).

Lors de cette consultation le médecin ou la sage-femme donne en particulier des informations sur les méthodes contraceptives et sur les infections sexuellement transmissibles. Il conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses. Il inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par patient.

Cette consultation est facturée à tarif opposable.

Cette consultation complexe ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Le médecin ou la sage-femme doit informer du droit à l'anonymat pour cette prestation et doit respecter la décision du patient en utilisant le cas échéant un NIR anonyme.

Article 14.9 – Consultation obligatoire de l'enfant

(Créé par la décision UNCAM du 23/02/17 et modifié par la décision UNCAM du 03/10/19 et du 29/10/24)

Les consultations du nourrisson pour les examens médicaux obligatoires mentionnés à l'article R.2132-2 du Code de santé publique, dans les huit jours suivant sa naissance, du jour des 8 mois jusqu'à la veille du jour des 10 mois inclus, du jour des 23 mois jusqu'à la veille du jour des 25 mois incluse, réalisées par le pédiatre ou le médecin généraliste sont dénommées COE.

Pour les autres examens obligatoires de l'enfant mentionnés à l'article R. 2132-1 et les médecins exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable, le médecin généraliste facture le code COD pour les enfants de moins de 6 ans, COB pour les enfants à partir de 6 ans ; le pédiatre facture le code COH pour les enfants de moins de 2 ans, COK pour les enfants de 2 à moins de 6 ans et COG pour les enfants à partir de 6 ans.

Pour les médecins en secteur 2 non OPTAM avec dépassements, le médecin généraliste facture COV pour les moins de 6 ans et COA pour les enfants plus âgés ; le pédiatre facture COJ pour les moins de 2 ans et COA pour les enfants plus âgés.

Lors de ces consultations, le médecin :

- pratique un examen complet de l'enfant tel que défini par l'article R.2132-1 du code de la santé publique et mentionne les résultats dans le carnet de santé de l'enfant ;
- le cas échéant établit le certificat de santé correspondant à l'âge de l'enfant sur l'imprimé inséré dans le carnet de santé et l'adresse, dans un délai de huit jours, au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile du département de résidence des parents ou de la personne chargée de la garde de l'enfant, conformément à l'article R.2132-3 du code de santé publique.

Les trois consultations COE sont facturées à tarif opposable. Les consultations obligatoires de l'enfant ne sont pas cumulables avec la majoration NFE des pédiatres, ni avec la majoration MEG du médecin généraliste, décrites aux articles 14.6 et 14.7 de la NGAP.

Conformément aux articles L.160-9 du Code de la sécurité sociale et L.2132-2 du code de la santé publique, la première consultation dans les huit jours suivant la naissance est prise en charge au titre de l'assurance maternité et les suivantes sont prises en charge au titre de l'assurance maladie.

Tous les certificats et compte-rendu issus des consultations obligatoires de l'enfant sont dématérialisés et intégrés au carnet de santé numérique ou, à défaut, mentionnés dans le carnet de santé papier.

Article 14.9.1 : abrogé par la [décision UNCAM du 06/11/18](#)

Article 14.9.2 : abrogé par la [décision UNCAM du 10/07/18](#)

Article 14.9.3 – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant »

(Créé par la [décision UNCAM du 10/07/18](#) et modifié par [décision UNCAM du 07/12/21](#), [28/03/22](#), [07/08/23](#) et du [29/10/24](#))

La téléconsultation est une consultation à distance réalisée entre un médecin quelle que soit sa spécialité médicale ou une sage-femme dit « téléconsultant », et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas soit par le médecin traitant et le médecin correspondant d'une part, soit sage-femme d'autre part. Tout patient, si son état est compatible avec ce mode d'examen, peut accéder à une téléconsultation, après avoir été informé des conditions de réalisation de cette dernière, et donné son accord.

Toute téléconsultation est réalisée à l'aide d'un moyen de vidéotransmission, dans les conditions de réalisation définies à la convention médicale en vigueur et à l'article 7.4.1.2.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et l'assurance maladie.

Le médecin ou la sage-femme qui assiste, le cas échéant, le patient, au moment de la réalisation de la téléconsultation, peut facturer une consultation dans les mêmes conditions de facturation de la consultation de référence ou coordonnée définie à la convention médicale en vigueur ou convention des sages-femmes précitée.

A) Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant »

Sauf dérogations inscrites à la convention médicale en vigueur, la téléconsultation se déroule dans le respect du parcours de soins coordonné. Hors parcours de soins, elle s'inscrit dans le cadre de l'organisation territoriale dans la convention.

La téléconsultation s'inscrit également dans le principe d'une réponse territorialisée, c'est-à-dire que seul un médecin du même territoire que le patient peut réaliser la téléconsultation. Il existe des exceptions à ce principe de territorialité lorsque le patient est

Première partie : Dispositions Générales

orienté par le régulateur du service d'accès aux soins en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ou lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins. Ces exceptions sont mentionnées à la convention médicale en vigueur.

Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

La téléconsultation comporte un entretien avec le patient et éventuellement un examen clinique si le patient est accompagné d'un professionnel de santé ou si l'équipement disponible le permet, ainsi que l'examen de documents transmis par le patient ou par son représentant. Elle peut être conclue par une prescription télétransmise au patient par un moyen sécurisé.

Le compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. Il est également porté, le cas échéant, au dossier médical partagé (DMP) du patient si celui-ci est ouvert.

Pour le médecin exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou en secteur à honoraires différents lorsque le tarif opposable est respecté :

- Le généraliste ou spécialiste de médecine générale facture le code TCG
- Le pédiatre facture : pour l'enfant de moins de deux ans le code TCH ; pour l'enfant de deux ans à moins de six ans le code TCK et pour l'enfant de 6 ans et plus le code TCS.
- Les autres spécialités facturent le code TCS.

La téléconsultation est facturable, avec le code TC, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils ne respectent pas les tarifs opposables.

Les actes respectivement nommés TCG, TCS, TCH, TCK et TC ne sont pas facturables avec la majoration MCS et les majorations d'urgence de l'article 14 (F, MM, MN). Ces actes ouvrent droit aux autres majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée définie à la convention médicale en vigueur.

Première partie : Dispositions Générales

Ces actes peuvent être facturés pour un patient hospitalisé.

B) Consultation à distance réalisée entre un patient et une sage-femme dite « téléconsultante »

Sauf dérogations conventionnelles, les patients doivent être connus de la sage-femme réalisant la téléconsultation c'est-à-dire avoir bénéficié précédemment en présentiel avec la sage-femme (ou avec une sage-femme appartenant au même cabinet ou à la même maison de santé pluriprofessionnelle) d'au moins une consultation ou d'un acte dans les douze mois. Dans le cadre du suivi de grossesse, une consultation en présence de la femme doit être réalisée avant la fin du premier trimestre.

Sauf dérogations conventionnelles, seule une sage-femme du même territoire que le patient, c'est-à-dire qui peut lui apporter des soins en présentiel lorsque la situation l'exige, peut réaliser la téléconsultation.

La sage-femme qui a réalisé la téléconsultation établit et archive un compte rendu dans son propre dossier patient. Un compte rendu peut être intégré par la sage-femme dans le dossier médical partagé (DMP) du patient lorsqu'il est ouvert.

La téléconsultation par une SF est facturable avec la lettre clé TCG.

Les majorations associées à ces téléconsultations s'appliquent dans les mêmes conditions que pour une consultation réalisée en présence du patient. La majoration conventionnelle MSF définie à l'article 7.3 de la convention des sages-femmes précitée ne se cumule pas avec la cotation du TCG.

Article 14.9.4 – Acte de téléexpertise d'un médecin, d'un chirurgien-dentiste ou d'une sage-femme sollicité par un autre professionnel de santé

(Créé par la décision UNCAM du 06/11/18 et modifié par la décision UNCAM du 08/01/20, 13/01/22, 28/03/22, 29/10/24 et du 27/11/24)

Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit « professionnel de santé requérant » et donnée par un médecin ou une sage-femme dit « professionnel de santé requis ».

Première partie : Dispositions Générales

Pour les demandes bucco-dentaires, l'expertise peut être sollicitée par un professionnel de santé d'un établissement médico-social dit « réquérant » et donnée par un chirurgien-dentiste ou un chirurgien-dentiste spécialiste dit « requis » ; ou bien l'expertise peut être sollicitée par un chirurgien-dentiste dit « réquérant » et donnée par un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste dit « requis ».

La téléexpertise est réalisée en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé réquérant. La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation de la sage-femme, du médecin ou du chirurgien-dentiste requis.

Le professionnel de santé réquérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre à la sage-femme, au médecin ou au chirurgien-dentiste requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Le chirurgien-dentiste peut intervenir dans le cadre d'une sollicitation d'une télé-expertise pour des demandes bucco-dentaires d'une personne accueillie au sein d'un établissement médico-social mentionné au 6° et 7° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles par un professionnel de santé de la structure. Le chirurgien-dentiste ne peut être sollicité par un établissement médico-social que s'il est connu par le patient.

Le chirurgien-dentiste peut également dans le cadre d'une suspicion cancéreuse de pathologie dermatologique orale ou d'une maladie rare à répercussion ou manifestation orale ou dentaire solliciter une télé-expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste en rapport avec les pathologies mentionnées.

Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, l'avis donné par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé réquérant.

Première partie : Dispositions Générales

L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu, établi par la sage-femme, le médecin ou le chirurgien-dentiste requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être transmis au professionnel de santé requérant ayant sollicité l'acte et au médecin traitant.

Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de :

- 4 actes par an, par médecin ou par chirurgien-dentiste requis, pour un même patient ;
- 2 actes par an, par sage-femme requise, pour un même patient.

L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

Le médecin requis doit répondre à la demande de téléexpertise dans un délai de 7 jours.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.

Article 14.9.5 - Accompagnement du patient par l'infirmier à la téléconsultation réalisée par un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant » (Créé par décision UNCAM du 18/07/19)

L'infirmier, en tant que professionnel de santé accompagnant, a notamment pour rôle d'assister le médecin dans la réalisation de certains actes participant à l'examen clinique et éventuellement d'accompagner le patient dans la bonne compréhension de la prise en charge proposée.

Selon la situation, trois codes prestation sont prévus :

- lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l'article 11B.4.c ;

Première partie : Dispositions Générales

- lorsque l'acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier. Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié.
Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.
- lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s'appliquent.

La téléconsultation est organisée dans le respect du parcours de soins coordonnés selon les modalités définies à l'article 6.2.1 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

La téléconsultation doit être obligatoirement réalisée par vidéotransmission dans des conditions permettant de garantir la sécurisation des données transmises, la traçabilité des échanges, la confidentialité des échanges et l'intimité des patients. Lorsque la téléconsultation est réalisée dans des conditions définies à l'alinéa 5 de l'article 6.2.1 de la convention nationale des infirmiers, l'infirmier peut être amené à transmettre les données administratives du patient au médecin. L'infirmier dispose des équipements nécessaires conformément, à l'article 6.2.3 et 6.2.5 de l'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers.

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions Générales de la NGAP, l'acte d'accompagnement à la téléconsultation réalisé par les infirmiers n'a pas à faire l'objet d'une prescription médicale.

Article 14.9.6 – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme ou d'une téléexpertise par un chirurgien-dentiste auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste

(Créé par décision UNCAM du 13/01/22 et modifiée par les décisions UNCAM du 28/03/22, du 08/02/23, du 14/12/23, du 22/12/23, du 28/06/24 et du 27/11/24)

L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une sage-femme est ouvert aux médecins, sages-femmes, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures- podologues et infirmiers.

Pour des demandes bucco-dentaires, le chirurgien-dentiste dit « requérant » sollicite une télé- expertise auprès d'un chirurgien-dentiste spécialiste ou un médecin spécialiste.

Première partie : Dispositions Générales

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du professionnel de santé requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandés dans les référentiels.

La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP. La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin ou à la sage-femme requis par moyen sécurisé les paramètres cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant par la lettre clé RQD dans la limite :

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient.
- 4 actes par an, par un chirurgien-dentiste requérant pour un même patient.
- 2 actes par an par orthophoniste, masseur-kinésithérapeute, sage-femme ou pédicure- podologue requérant, pour un même patient.
- 4 actes par an par infirmier requérant, pour un même patient.

Par dérogation à l'article 11 B des dispositions Générales de la NGAP, cette demande peut être facturée au patient en complément de l'acte durant lequel le consentement du patient a été recueilli.

Article 15 - Contenu de la consultation, de la visite

(Modifié par la décision UNCAM du 18/07/05 du 13/01/22 et du 15/01/24)

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

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

Première partie : Dispositions Générales

La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué.

Par dérogation, pour une personne en situation de handicap une consultation sans examen clinique est réalisable dans les cas suivants :

- un temps de rencontre planifié avec le médecin ou le chirurgien-dentiste, en préparation de la prise en charge médicale ultérieure qui est réalisé au futur lieu habituel de consultation, dans un but d'accoutumance à l'environnement lié aux soins (personnel médical, lieu et équipements matériels) ;
- lorsque la consultation débutée ne peut être menée à son terme du fait d'une manifestation aiguë du handicap du patient et doit être différée.

Elle est valorisée comme une consultation de référence, pour les chirurgiens-dentistes, elle est limitée à 5 consultations par séquences de soins.

Article 15.1 - Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires

La consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires inclut l'examen du patient, la réalisation d'un électrocardiogramme d'au moins douze dérivations sur un appareil de trois pistes minimum et éventuellement la réalisation d'une ou plusieurs échographie(s) en mode TM.

Cette consultation spécifique (**CsC**) implique la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques. Avec l'accord du patient, elles sont transmises au médecin traitant. Le médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires qui effectue cette consultation peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant, chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

La cotation **CsC** ne peut être appliquée dans le cadre du suivi direct du patient.

Elle ne s'applique pas pour les examens concernant des malades hospitalisés.

Article 15.2 – La consultation longue du médecin traitant de la personne âgée de plus de 80 ans

(Créé par la décision UNCAM du 24/10/24)

Les consultations longues du médecin traitant GL1, GL2 et GL3 sont facturables au tarif opposable, chacune une fois par patient de plus de 80 ans et par an.

a) La consultation longue de sortie d'hospitalisation :

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL1 lorsqu'il réalise une consultation dans les 45 jours après la sortie d'une hospitalisation de son patient de plus de 80 ans.

Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en oeuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation :

- il évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte familial et social ;
- il évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme ;
- il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement ;
- il veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place ;
- il renseigne le dossier médical du patient.

Pour une même hospitalisation une seule cotation GL1 ou MIC ou MSH (articles 15.2 et 15.5) peut être facturée.

b) La consultation longue de déprescription de patients hyperpolymédiqués :

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL2 lorsqu'il réalise une consultation longue de déprescription pour son patient de plus de 80 ans ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux. Cette consultation s'appuie sur un bilan de médication réalisé en pharmacie sur prescription du médecin traitant;

c) La consultation longue d'orientation vers un parcours médico-social :

Le médecin traitant facture une consultation dénommée GL3 lorsqu'il réalise une consultation avec remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour un patient de plus de 80 ans. Pour un même patient une seule cotation GL3 ou MPH (articles 15.2 et 15.9) peut être facturée.

Article 15.2.1 – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie

(Créé par décision UNCAM du 20/12/11)

Cette consultation concerne les sujets à risque de mélanome définis par les recommandations de la HAS :

- Antécédent personnel ou familial de mélanome
- Phototype cutané de type I (peau claire, yeux bleus, cheveux clairs)
- Nombre élevé de naevus, de naevus de grande taille, de naevus atypiques
- Antécédents ou mode de vie avec expositions solaires intenses

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- Recueillir les antécédents personnels et familiaux, les habitudes d'exposition solaires
- Réaliser un examen cutané du corps entier
- Réaliser un examen au dermatoscope de toute lésion suspecte.
- Informer le patient concernant le mélanome et prodiguer des conseils de prévention de non exposition solaire et d'auto surveillance cutanée
- Synthétiser le dossier du patient et informer par courrier le médecin traitant

Cette consultation ne peut être tarifée qu'une fois par an. Elle est dénommée CDE.

Article 15.2.2 : abrogé par la décision UNCAM du 12/03/18

Article 15.2.3 – Consultation très complexe réalisée au domicile du patient

(Créé par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée par décision UNCAM du 21/06/17, du 06/11/2018, du 29/04/20, du 13/01/22, 07/08/23, du 15/01/24 et du 29/10/24)

a) Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant

La visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, si possible en présence des aidants habituels, concerne les patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée dont notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaque, les pathologies neurodégénératives de l'enfant.

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

Première partie : Dispositions Générales

- Réalise une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ;
- Evalue la situation familiale et sociale ;
- Formalise la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ;
- Informe le patient et les aidants sur les structures d'accueil ;
- Inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant

Un patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique peut nécessiter une consultation longue et complexe réalisée au domicile du patient par le médecin traitant.

Au cours de cette consultation, le médecin :

- réalise l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique ;
- organise et coordonne la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluri-disciplinaire de soins palliatifs ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient.

c) Consultation réalisée au domicile du patient de 80 ans et plus en ALD par le médecin traitant

d) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant

Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle Médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant) et étant en incapacité de se déplacer pour raison médicale, la visite très complexe peut être facturée si ce patient est soit bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD soit âgé de plus de 80 ans.

Au cours de cette visite, le médecin :

- recueille toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ;
- réalise l'évaluation médicale du patient ;

Première partie : Dispositions Générales

- organise la prise en charge coordonnée des soins ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ;
- recueille le choix de déclaration de médecin traitant du patient.

Dans le cas (a) et (c) la visite peut être facturée par patient 1 fois par trimestre de chaque année civile via la facturation du code prestation VL.

Dans le cas (b) la visite est facturée via la facturation du code prestation VSP.

Dans le cas (d) une seule VL est facturable par patient au titre de cette première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou changeant de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant via la facturation du code prestation VL.

Au maximum 4 VL sont facturables par an et par patient quel que soit le contexte de facturation a), c) et d).

La visite très complexe est facturable par le code prestation VL ne se cumule pas avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 2bis.

La visite très complexe n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

Article 15.2.4 – Actes et consultations spécifiques des psychiatres

(Créé par décision UNCAM du 20/12/11 et modifié par la décision UNCAM du 13/01/22, du 07/08/23, 29/10/24 et du 11/03/26)

A. – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans un délai court suivant l'adressage par un autre médecin

Elle concerne les patients atteints d'une pathologie psychiatrique connue en phase de décompensation ou la première manifestation d'une pathologie potentiellement psychiatrique.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est adressé au médecin traitant.

Première partie : Dispositions Générales

Cette consultation est facturée MCY (ou TC2 s'il s'agit d'une téléconsultation) lorsque :

- La consultation est réalisée dans les 4 jours ouvrés sur sollicitation du médecin traitant, du médecin urgentiste exerçant au sein d'un service d'urgence autorisé ou du médecin régulateur du Centre 15
- La consultation est réalisée dans les 2 jours ouvrés sur sollicitation du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS).

La consultation ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables et ne se cumule pas avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins (article 22-3).

B- Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique

Prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique : acte de soins complexe réalisé en établissement psychiatrique, intégrant la régulation et les différents suivis pharmacologique, psychodynamique et environnemental, par jour. Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours. Cette prise en charge est facturée CP 0,8.

C- Majoration des psychiatres pour la prise en charge des enfants

Lorsque le psychiatre est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient de moins de 25 ans, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation ou de la visite de référence ou coordonnée à une majoration tarifaire MP dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents ou qu'ils adhèrent aux options de pratique tarifaire maîtrisée selon la convention médicale en vigueur.

Elle n'est pas cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de la convention médicale en vigueur.

Par dérogation, les médecins spécialistes autorisés à pratiquer des honoraires différents sans adhésion aux options de pratique tarifaire maîtrisée peuvent bénéficier de la majoration dès lors qu'ils facturent leur consultation ou visite au tarif opposable.

Première partie : Dispositions Générales

D- Majoration pour consultation familiale ou avec un tiers social ou un tiers médico-social d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique nécessitant une prise en charge spécialisée par le psychiatre

I - Consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique nécessitant la présence de la famille, d'un tiers social ou d'un tiers médicosocial, pour aborder les aspects de la pathologie, du pronostic, de la stratégie thérapeutique ou des implications relationnelles.

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

- délivrer une information aux parents centrée sur la pathologie de l'enfant, les différentes alternatives thérapeutiques, les éléments de pronostic,
- permettre un dialogue autour de cette information,
- identifier avec les parents, ou leurs substituts le cas échéant, les facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux,
- tenter d'obtenir une alliance thérapeutique avec la famille, évaluer la capacité de soutien de celle-ci, et permettre un dialogue autour de ces fonctions,
- expliciter le déroulement dans le temps de la prise en charge de l'enfant et/ou du groupe familial et définir le rôle éventuel des différents intervenants de l'équipe thérapeutique,
- synthétiser une note au dossier du patient,
- le cas échéant, informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée **MPF** (majoration consultation famille).

II - Consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une

Première partie : Dispositions Générales

prise en charge spécialisée.

Cette consultation concerne les enfants de moins de 16 ans pris en charge par un psychiatre pour une pathologie psychiatrique relevant d'une affection de longue durée (ALD) exonérée du ticket modérateur. Il s'agit d'une consultation longue et spécifique, en présence des intervenants essentiels du groupe familial, dédiée à :

- apprécier l'évolution de la pathologie, de la prise en charge thérapeutique de l'enfant et/ou du groupe familial et expliquer les adaptations thérapeutiques éventuellement nécessaires ;
- réévaluer, le cas échéant, les interactions familiales, l'apparition de facteurs de risque médicaux, psychologiques et sociaux ;
- synthétiser le dossier et informer le médecin en charge de l'enfant et les autres intervenants.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu conservé dans le dossier du patient dont un double est remis à la famille ou son substitut.

Cette consultation est annuelle et ne peut être facturée qu'une année après la première consultation définie ci-dessus.

Cette consultation ouvre droit, en sus des honoraires, à une majoration dénommée **MAF** (majoration consultation annuelle famille).

Ces deux majorations **MPF** et **MAF**, liées à ces deux consultations familiales, sont cumulables avec la majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 bis et la majoration de coordination MCS au sens de l'article 16.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

La valeur de ces majorations est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 15.2.5 – Majoration pour le suivi des personnes âgées (Créé par décision UNCAM du 07/08/23)

La majoration MOP est facturable en sus des consultations, téléconsultations ou visites réalisées auprès des patients âgés de plus de 80 ans. Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux

Première partie : Dispositions Générales

dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Elle bénéficie aux médecins pour les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant et pour les médecins généralistes en l'absence du médecin traitant.

Article 15.3 - Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation

(Créé par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 25/09/13, du 29/04/20 et du 29/10/24)

La majoration de la consultation pour prescription d'un appareillage de première mise (**MTA**) s'applique pour :

- la prothèse du membre supérieur (LPP, titre II, chapitre VII, section I, rubrique A) ;
- la prothèse du membre inférieur (LPP, titre II, chapitre VII, section II, rubrique A) ;
- l'orthopédie du tronc (LPP, titre II, chapitre VII, section III, rubrique A, sauf appareils TR12, TR23, TR24, TR25, TR27, TR59, TR79 du paragraphe 1) ;
- le fauteuil roulant à propulsion par moteur électrique (LPP, titre IV, chapitre Ier, rubrique B) ;
- le fauteuil roulant verticalisateur (LPP, titre IV, chapitre Ier, rubrique C).

Cette prescription d'appareillage doit comporter toutes les précisions utiles à sa bonne exécution et notamment la référence à l'un des appareils inscrits à la liste des produits et prestations (LPP).

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le **DA** mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination (article 2 bis).

La valeur de la **MTA** est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 15.4 - Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie

(Créé par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 06/07/07, du 20/12/11, du 29/04/20 et du 29/10/24)

La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE) ou en médecine interne

Première partie : Dispositions Générales

disposant d'une compétence en diabétologie est applicable pour les consultations suivantes, en coordination avec le médecin traitant.

1) Diabète inaugural ou compliqué insulino dépendant ou insulino requérant

Cette consultation concerne les patients :

- diabétiques de type 1
 - lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1 ;
 - lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie ;
 - lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied);
- diabétiques de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant
 - lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant ;
 - lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied) ;
 - lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie ;
 - lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiéno-diététiques.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical (histoire de la maladie, compte-rendu d'hospitalisation, faits nouveaux depuis la sortie d'hospitalisation ou depuis le dernier contact, ressenti du patient, comorbidités, examens complémentaires, carnet de surveillance...),
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'auto surveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2) Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

- thyroïdite, maladie de Basedow,
- cancer thyroïdien,
- hyperthyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications,
- pathologie hypothalamo – hypophysaire,
- pathologie du métabolisme hydrique,
- pathologie des glandes surrénales,
- pathologie des glandes parathyroïdes,
- tumeur endocrine de l'ovaire,
- tumeur endocrine du pancréas,
- affection pluri-endocrinienne.

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

- recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical,
- réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, les interférences médicamenteuses, les prescriptions,
- synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants,
- remettre au patient un compte-rendu de consultation.

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le DA mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination (article 2 bis de la NGAP).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable.

La valeur de la MCE est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés mentionnées à l'article 2.

Article 15.5 - Majoration pour une consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet après un séjour hospitalier du patient

(Créé par décision UNCAM du 08/04/13 et modifiée par décision UNCAM du 29/04/20)

Ces majorations peuvent être cotée dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016. Par dérogation, le médecin traitant en secteur à honoraires différents n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée précités, peut coter la **MIC** ou la **MSH** pour les bénéficiaires du droit à complémentaire santé solidaire dans le respect des articles L. 861-1 du code de la sécurité sociale et suivants.

Pour appliquer la MIC ou la MSH la consultation doit être réalisée à tarif opposable.

De plus, pour un même séjour hospitalier du patient une seule des deux majorations est facturable. Les consultations à domicile avec MSH ou MIC ne sont pas facturables avec les majorations MDN et MDD décrites à l'article 14.2 point IV.

La valeur de la MIC et de la MSH sont déterminées dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

a) Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation

Dans le cadre du parcours de soins d'un patient insuffisant cardiaque, la consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet, réalisée par le médecin traitant, en présence des aidants habituels, concerne les patients insuffisants cardiaques polyopathologiques et polymédicamentés, ayant été hospitalisés en unité de court séjour, pour un épisode de décompensation de leur pathologie.

Au cours de cette consultation à réaliser avant la fin du 2^{ème} mois suivant la sortie d'hospitalisation, le médecin traitant :

- évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, des signes d'alarme et de son traitement,
- réévalue et apprécie l'efficacité ainsi que la tolérance du traitement,
- met en œuvre un plan de soins en concertation avec le cardiologue correspondant, sur la nécessité de consultations spécialisées complémentaires, sur toute action permettant d'éviter une réhospitalisation en urgence,
- veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place.

Cette consultation donne lieu à la majoration MIC.

Dans le cas où le cardiologue correspondant et non le médecin traitant réalise cette consultation longue et complexe, la majoration MIC est facturable conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

b) Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité

Lorsque le médecin traitant effectue une consultation ou une visite, après une hospitalisation avec notion de sévérité (complication, comorbidités), dans un service de court séjour ou de psychiatrie, pour une intervention chirurgicale ou pour une pathologie chronique grave, il peut coter une majoration dénommée « majoration de sortie d'hospitalisation » (**MSH**) pour la consultation effectuée dans les 30 jours suivant l'hospitalisation et réalisée dans les conditions suivantes :

Cette consultation, longue et complexe, concerne les patients polypathologiques, présentant une altération de l'autonomie nécessitant un suivi médical rapproché spécifique et la coordination avec au moins un intervenant paramédical, dans les suites d'un séjour hospitalier qui a présenté :

- soit la nécessité d'un recours à une intervention chirurgicale,
- soit pendant lequel a été diagnostiquée une pathologie chronique grave ou la décompensation d'une pathologie chronique grave préexistante.

Au cours de cette consultation, le médecin traitant met en œuvre toute action permettant d'éviter une réhospitalisation :

- il évalue l'état médical du patient et son autonomie dans son contexte familial et social,
- il évalue le niveau d'information du patient et sa compréhension de la pathologie, de l'observance des traitements et des bilans nécessaires, de la reconnaissance des signes d'alarme,
- il réévalue l'efficacité et la tolérance du traitement,
- il veille à l'adéquation entre les besoins du patient et les moyens mis en place,
- il renseigne le dossier médical du patient.

Dans le cas où le psychiatre correspondant et non le médecin traitant réalise cette consultation longue et complexe, la majoration MSH est facturable conformément à l'article 27.3 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011.

Article 15.6 - Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité : Abrogée par la **décision UNCAM du 29/04/20**

Article 15.7 : abrogé par la **décision UNCAM du 21/06/17**

Article 15.8 – Consultations et majorations complexes

(Créé par décision UNCAM du 21/06/17 et modifiées par décision UNCAM du 06/11/18, du 29/04/20, du 28/05/20, du 06/10/20, du 13/01/22, du 15/01/24 du, 29/10/24, du 27/11/24 et du 21/01/26)

A) Consultations et majorations complexes pour les médecins

Ces consultations et majorations complexes s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins. Elles recouvrent un nombre limité et défini de prise en charge : patients présentant certaines pathologies complexes ou instables, ou situations cliniques particulières impliquant un fort enjeu de santé publique.

a) Consultations complexes

Les codes consultations CSO, CSM, CBX, CSE et ASE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé est à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier).

Ces consultations complexes doivent être facturées à tarif opposable.

Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

Elles ne sont pas cumulables avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 2bis.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Première partie : Dispositions Générales

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- **Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance**

Cette consultation est dénommée Aide sociale à l'enfance (ASE). Elle permet d'effectuer le bilan de santé et de prévention obligatoire prévu à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance selon la loi du 14 mars 2016. Ce bilan permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE). Cette consultation est réalisée par le médecin généraliste ou le pédiatre.

Elle doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation ASE.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- **Consultation complexe de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité, par le médecin traitant de l'enfant**

Cette consultation complexe, réalisée par le médecin traitant de l'enfant, est dénommée Consultation Suivi de l'Obésité (CSO). Cette consultation est réservée aux enfants de 3 à 12 ans inclus et en risque avéré d'obésité sur la base du suivi de la courbe de corpulence.

Lors de cette consultation le médecin :

- procède à un entretien de l'enfant et sa famille ;
- recherche d'éventuels signes de pathologie ou de comorbidité associés, de souffrance psychologique ;
- explique le diagnostic à la famille et propose la prise en charge qu'il coordonne ;
- inscrit les conclusions de cette consultation dans le dossier médical de l'enfant.

Cette consultation réalisée par le médecin traitant doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSO.

Elle ne peut être facturée plus de deux fois par an et par enfant de 3 à 12 ans inclus.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- **Consultation complexe du nouveau-né nécessitant un suivi spécifique par le pédiatre entre la sortie de maternité et le 28ème jour suivant la naissance**

Cette consultation est dénommée Consultation de Sortie Maternité (CSM).

Cette consultation ou visite est réalisée pour des nouveaux nés nécessitant un suivi spécifique.

Cette consultation réalisée par pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CSM.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- **Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre**

Lors de cette consultation annuelle complexe de suivi d'un enfant autiste, dénommée CSE, le médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre, en lien avec les professionnels de deuxième ligne :

- réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, en regard du trouble du spectre de l'autisme et des pathologies associées ;
- réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant pour son trouble du spectre de l'autisme et les pathologies associées ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CSE dans le dossier médical du patient.

Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par an par un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre.

Première partie : Dispositions Générales

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

- **Consultation bucco-dentaire complexe des médecins stomatologues et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap**

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un médecin stomatologue et spécialiste en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

Elle est facturable selon les consignes de la "grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco- dentaire des patients en situation de handicap" définies dans la convention nationale des médecins en vigueur.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CBX. Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CXD.

b) Majorations pour consultations complexes

Les codes majorations suivants : MPS/TCA/MPT/SGE/PTG/MMF/MCA/PPR/PPN/MCT/ SLA/MSP/POG/PEG listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration de consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Il peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- **Majoration MPS pour une consultation complexe de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité, par un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation pour la prise en charge de la stérilité, le médecin présente le rendu du bilan diagnostic réalisé, les stratégies thérapeutiques et les probabilités de réussite en termes de naissance pour permettre au couple de participer à la prise de décision, ainsi que le rappel de la réglementation.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue ou le gynécologue-obstétricien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPS.

Une seule consultation par couple ouvre droit à la majoration MPS, lors de l'initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

- **Majoration TCA pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de trouble grave du comportement alimentaire : anorexie mentale par un endocrinologue ou un pédiatre ; ou obésité morbide par un endocrinologue**

Lors de cette première consultation spécifique de prise en charge d'un patient ayant un trouble grave du comportement alimentaire le médecin :

- recherche des critères de diagnostic et de gravité (bilan clinique et biologique avec prescription des examens complémentaires nécessaires)
- met en place une évaluation globale du patient (somatique psychique sociale)
- élabore un projet thérapeutique multidisciplinaire avec recherche de l'adhésion du patient.

Le cas échéant, si le médecin réalisant la consultation n'est pas le médecin traitant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Première partie : Dispositions Générales

Cette consultation réalisée par un endocrinologue pour la prise en charge d'un patient présentant une anorexie ou une obésité morbide, ou par un pédiatre pour la prise en charge de l'anorexie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration TCA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration MPT pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales**

Dans le cadre du parcours de soins coordonné, lors de la première consultation pour la prise en charge d'un patient atteint d'une tuberculose le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique avec la mise en place des conditions nécessaires pour l'observance du traitement.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPT.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MPT, lors de l'initiation de la prise en charge. Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration SGE pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant ou adolescent présentant une scoliose grave évolutive par un rhumatologue, un spécialiste de médecine physique et réadaptation ou un chirurgien**

Lors de la consultation complexe effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un enfant ou un adolescent présentant une scoliose grave évolutive le médecin, réalise l'évaluation initiale et la mise en œuvre de la prise en charge thérapeutique en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical. Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Première partie : Dispositions Générales

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou un chirurgien doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SGE.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**, pour la première consultation du patient pour scoliose grave évolutive.

- **Majoration PTG pour une première consultation de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire, par un médecin spécialiste en médecine vasculaire, un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire, un médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, pour la première consultation spécifique de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire déjà diagnostiquée, le médecin rédige un compte rendu qu'il transmet au médecin traitant. Le médecin peut procéder à la prescription du traitement en collaboration avec le médecin traitant chargé du suivi habituel et de l'application de la thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en médecine vasculaire ou le médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou le médecin gynécologue ou gynécologue-obstétricien au cours de la grossesse, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PTG.

Une seule consultation par praticien et par patient ouvre droit à la majoration PTG, lors de l'initiation d'un traitement, d'une surveillance ou au cours de la même grossesse.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Première partie : Dispositions Générales

- **Majoration MMF pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, lors de la première consultation effectuée pour l'initiation d'un traitement complexe pour un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire le médecin met en œuvre la prise en charge thérapeutique.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou par un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MMF.

Une seule consultation par patient ouvre droit à la majoration MMF, lors de l'initiation de la prise en charge.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration MCA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un asthme déstabilisé par un pneumologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en pneumologie**

Lors de cette consultation complexe, réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné, pour un patient présentant un asthme déstabilisé avec un risque d'aggravation pouvant conduire à une hospitalisation, le médecin adapte le traitement en lien avec le médecin traitant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le pneumologue ou le pédiatre ayant des compétences en pneumologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCA.

Celle-ci est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année en cas de décompensation (aggravation manifeste) de l'asthme nécessitant une modification de la prise en charge.

Première partie : Dispositions Générales

- **Majoration PPR pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive sévère, par un rhumatologue**

La consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné par le rhumatologue pour un patient présentant un épisode aigu ou une aggravation d'une polyarthrite rhumatoïde se définissant comme évolutive sévère selon les référentiels scientifiques en vigueur, comporte l'évaluation de la situation, la mise en œuvre de la prise en charge et du suivi en lien avec le médecin traitant.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PPR.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

- **Majoration PPN pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient atteint de maladie neurodégénérative ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie**

La consultation complexe réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné concerne la consultation effectuée :

- par un neurologue auprès d'un patient traité pour une maladie neurodégénérative ou une épilepsie ;
- par un pédiatre présentant une compétence spécifique en neurologie auprès d'un patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement.

Cette consultation s'inscrivant dans le cadre du parcours de soins coordonné, permet sur la base du bilan clinique et paraclinique d'identifier ou de confirmer une instabilité, une aggravation ou une complication, d'adapter ou d'élaborer un nouveau traitement qui inclut le cas échéant l'organisation des soins spécialisés en lien avec un centre de référence, éventuellement en réseau, dans le respect des référentiels en vigueur, en prenant en compte les attentes et préférences du patient.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical du patient. Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Première partie : Dispositions Générales

Cette consultation réalisée par les neurologues et les pédiatres présentant une compétence spécifique en neurologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration PPN dans le dossier médical du patient.

Elle est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est MCX.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l'année du fait d'un épisode aigu ou d'une complication nécessitant une révision du projet thérapeutique.

- **Majoration MCT pour une consultation complexe de prise en charge de patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, par un spécialiste de médecine physique et réadaptation, un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie**

Lors de cette consultation effectuée dans le cadre du parcours de soins coordonné pour un patient présentant des séquelles invalidantes de traumatisme médullaire, des séquelles physiques ou mentales handicapantes d'un traumatisme crânien grave, ou des séquelles handicapantes à 6 mois d'un traumatisme crânien plus léger, le médecin réalise une synthèse des différents bilans réalisés et élabore un projet thérapeutique de rééducation personnalisé et pluridisciplinaire (neuromoteur, cognitif et psycho-comportemental...).

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un médecin de médecine physique et réadaptation (MPR), un neurologue ou un pédiatre ayant des compétences en neurologie doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MCT.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

Première partie : Dispositions Générales

- **Majoration SLA pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient présentant des séquelles lourdes d'accident vasculaire cérébral, par un neurologue ou un spécialiste de médecine physique et de réadaptation**

La consultation complexe d'un patient présentant, après le traitement initial d'un accident vasculaire cérébral, des séquelles neurologiques invalidantes et nécessitant une prise en charge coordonnée médicale et paramédicale incluant une rééducation active.

Cette consultation se conclut par la réévaluation et l'organisation du suivi du plan de soins et du projet thérapeutique en tenant compte des attentes du patient et de l'évaluation psychosociale des aidants.

A l'issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues ou les médecins spécialistes de médecine physique et réadaptation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration SLA.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de majorations facturées via le code prestation agrégé **MCX** est de 4 au plus par patient et par an.

- **Majoration MSP de suivi par le pédiatre de l'enfant de moins de 7 ans, né prématuré de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours**

Lors de cette consultation annuelle de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né prématuré, entre 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours, le pédiatre :

- réalise un bilan moteur et sensoriel de l'enfant et un suivi de son développement neuro-psychologique ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Première partie : Dispositions Générales

Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MSP.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable à tarif opposable une fois par an, via le code prestation agrégé **MCX**.

- **Majoration POG pour une consultation complexe de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave ou d'une déficience neurovisuelle dans le cadre d'une pathologie générale, par un ophtalmologue**

La consultation spécifique de prise en charge d'un enfant ayant :

- soit une pathologie ophtalmologique : glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie du prématuré, rétinopathie congénitale, strabisme avec amblyopie ou risque d'amblyopie, nystagmus congénital ;
- soit une déficience neurovisuelle liée à une pathologie générale : prématurité, autisme, retard mental.

Cette consultation complexe implique l'élaboration d'un protocole thérapeutique et sa mise en œuvre, la prescription éventuelle de rééducation et son suivi, la coordination avec l'ensemble de l'équipe paramédicale et éducative en charge de l'enfant.

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, l'ophtalmologiste inscrit les conclusions diagnostiques et thérapeutiques dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est transmis au médecin traitant par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par l'ophtalmologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration POG.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Celle-ci est facturable via le code prestation agrégé **MCX**.

Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse (PEG) pour une consultation complexe de la prise en charge et du suivi d'une femme enceinte par un endocrinologue, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien

Dans le cadre du parcours de soins, lors de la consultation complexe pour la prise en charge et le suivi d'une femme enceinte ayant une pathologie endocrinienne le médecin met en œuvre la prise en charge en lien avec le médecin traitant, avec l'institution des critères de surveillance et oriente vers le niveau de maternité adéquat.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par un endocrinologue, un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien donne droit à une majoration, dénommée Majoration Pathologie Endocrinienne de la Grossesse (PEG).

Cette consultation, doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PEG, celle-ci est facturable au tarif opposable.

Afin de facturer la majoration correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Le nombre de consultations facturées est de 4 au plus, par grossesse, via le code prestation agrégé **MCX**.

B) Consultation complexe pour les chirurgiens-dentistes

- **Consultation bucco-dentaire complexe du chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap**

Cette consultation bucco-dentaire complexe réalisée par un chirurgien-dentiste pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap est dénommée CBX.

Elle est facturable selon les consignes de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » définies dans la convention nationale des chirurgiens-dentistes en vigueur.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CXD.

Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes

(Créé par la décision UNCAM du 21/06/17 et modifié par décision UNCAM du 06/11/18 du 03/10/19, du 29/04/20, du 13/01/22, du 29/09/22, du 29/10/24 et du 07/11/25)

Ces consultations et majorations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe, ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charges. Elles s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins.

a) Consultations très complexes

Les codes consultations CGP, EPH, CTE et MPH listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est CCE.

Ces consultations très complexes doivent être facturées à tarif opposable. Elles n'ouvrent pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration MEG (article 14.7 de la NGAP).

Elles ne sont pas cumulables avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 2bis.

Les consultations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une majoration complexe ou très complexe.

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- **Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap ou en perte d'autonomie : MPH**

Première partie : Dispositions Générales

Cette consultation très complexe réalisée par un médecin doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation MPH. Afin de facturer la consultation très complexe le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est CCE. Elle est facturable dans les trois contextes suivants (1), (2) et (3).

1) Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH

La consultation très complexe MPH permet de valoriser le travail de remplissage complet du certificat médical obligatoire, permettant à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne en situation de handicap de façon pertinente.

Conformément au guide pour l'utilisation du certificat médical à destination de la MDPH, le certificat doit contenir les éléments cliniques avec des informations sur les retentissements dans la vie quotidienne et le cas échéant le diagnostic. La MDPH a besoin de connaître :

- les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie, les compensations si elles existent;
- les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ou scolaire, la régularité ou le caractère fluctuant des troubles;
- les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques, sur la prise en charge avec une description des contraintes et des effets secondaires éventuellement présentés.

Les différents comptes-rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat : comptes-rendus récents d'hospitalisations, de consultations spécialisées ou de prises en charge paramédicales (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, etc.) peuvent être utilement joints au certificat médical avec l'accord du patient.

En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints au certificat médical MDPH.

Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire.

Première partie : Dispositions Générales

La facturation de la MPH n'est pas autorisée pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.

La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet tel décrit ci-dessus joint au premier dépôt de dossier MDPH du patient.

2) Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère

La consultation très complexe MPH permet de valoriser le travail d'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleures conditions du patient en situation de handicap sévère. La situation de handicap sévère est comprise ici comme l'altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant.

L'ancien et le nouveau médecin traitant facturent chacun la MPH.

3) Remplissage du dossier pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du dossier pour l'obtention de l'APA. Pour un même patient une seule cotation MPH ou GL3 (article 15-2) peut être facturée.

- **Consultation très complexe de prise en charge d'un enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier par le pédiatre ou par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.**

Lors de cette consultation très complexe pour un enfant atteint d'une pathologie chronique grave ou d'un handicap neurosensoriel sévère, le pédiatre ou par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation :

- réalise le suivi somatique, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de la pathologie ou du handicap de l'enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;

Première partie : Dispositions Générales

- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation EPH.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est **CCE**.

Une consultation au plus par patient et par trimestre peut être facturée, via le code prestation agrégé **CCE**.

- **Consultation très complexe de suivi de l'enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré ou atteint d'une pathologie congénitale grave, par le pédiatre.**

Lors de cette consultation très complexe de suivi d'un enfant de moins de 7 ans, né grand-prématuré (moins 32 SA plus 6 jours) ou atteint d'une pathologie congénitale grave, le pédiatre :

- réalise le suivi moteur, sensoriel et neuro-psychologique de l'enfant ;
- conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant et sur le recours à une éventuelle prise en charge spécifique ;
- inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le pédiatre doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation CGP.

Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est **CCE**.

Le nombre de consultations facturées est de 2 au plus par patient et par an, jusqu'à la veille des 7 ans de l'enfant, via le code prestation agrégé **CCE**.

- **Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) : CTE**

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmier un risque de TND chez un enfant, présentant des signes inhabituels du développement, à partir de signes d'alerte selon les recommandations HAS.

La consultation dédiée à la recherche d'un TND comprend un examen clinique approfondi, le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, des tests de repérage de TND adaptés à l'âge de l'enfant selon les recommandations HAS.

Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter ces différents tests de repérage par le biais d'une formation spécifique.

Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2e ligne. Si le médecin n'est pas le médecin traitant de l'enfant, il fait un retour au médecin traitant désigné pour le suivi de l'enfant par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant.

- **Consultation de repérage d'un trouble de la relation précoce parents-enfant : CTE**

Cette consultation très complexe est réalisée par un médecin généraliste ou un pédiatre, dans le but de confirmer ou d'infirmier un risque de trouble de la relation précoce parents-enfant chez un enfant présentant des signes inhabituels du développement.

Cette consultation dédiée, essentiellement clinique, est réalisée en présence d'au moins l'un des deux parents. Elle comprend un examen clinique approfondi de l'enfant, la recherche d'un état psychopathologique parental et une étude des interactions parents-enfant.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CTE dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre à l'assurance maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE. Une consultation au plus par patient peut être facturée.

Quel que soit le motif médical de la consultation, une seule consultation de repérage CTE peut être facturée par enfant.

b) Majorations pour consultations très complexes

Les codes majorations IGR, CPM, MMM, MIS, PIV, MPB, MAV et MIA listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

Ce code prestation MTX peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les majorations complexes et/ou très complexes ne se cumulent pas entre elles et ne sont pas facturables avec une consultation complexe ou très complexe. Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

- Majoration IGR pour une consultation très complexe d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers un parcours de greffe rénale, par un médecin néphrologue

La consultation de synthèse d'un patient ayant une maladie rénale chronique évolutive (stade 4 ou 5) en vue d'une orientation vers une équipe de greffe rénale, s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins, au terme de l'évaluation des conditions médicales permettant d'établir l'éligibilité à la greffe. Elle comporte éventuellement le contact avec l'équipe de transplantation afin de valider la pertinence d'engager le bilan de pré transplantation.

Cette consultation permet d'informer le patient de l'ensemble des étapes du bilan de pré transplantation, de ses modalités de réalisation ; ainsi que sur les étapes du bilan dans le cas d'un donneur vivant et de recueillir son consentement. Le patient est informé des bénéfices, des risques et des conséquences des différentes options thérapeutiques.

Le médecin néphrologue inscrit les conclusions de cette synthèse dans le dossier médical et un compte rendu de consultation est mis à disposition du médecin traitant et de l'équipe de transplantation par courrier ou par voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le néphrologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration IGR.

Première partie : Dispositions Générales

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, pour l'orientation vers une équipe de greffe via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration CPM pour une consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave de l'enfant nécessitant une prise en charge chirurgicale**

Lors de cette consultation, inscrite dans le cadre du parcours coordonné de soins, le chirurgien pédiatrique :

- informe les parents de la pathologie de leur enfant, de son pronostic, de la prise en charge envisagée et des résultats prévisibles escomptés ;
- coordonne la prise en charge et précise les autres intervenants médicaux et paramédicaux éventuellement impliqués dans cette prise en charge.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le chirurgien pédiatrique doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration CPM.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration MMM pour la consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par un gynécologue-obstétricien ou un gynécologue, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anténatal.**

Première partie : Dispositions Générales

Lors de cette consultation très complexe le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue informe les parents de la pathologie, des conséquences pour l'enfant, du pronostic à moyen et long terme et des différentes prises en charge possibles. Il oriente le cas échéant vers une équipe spécialisée pour la poursuite de la prise en charge.

Selon la pathologie diagnostiquée, il informe et coordonne cette prise en charge avec les autres intervenants médicaux.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le gynécologue-obstétricien ou le gynécologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MMM.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge, via le code prestation agréé **MTX**.

- **Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave, d'une pathologie neurodégénérative ou d'un trouble du neuro-développement**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour :

- une pathologie grave. Par pathologie grave, on entend : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neuro dégénérative.
- un trouble du neuro-développement selon la définition dans les recommandations de la HAS.

A l'issue de la consultation, les orientations thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical.

Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MIS.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, via le code prestation agréé **MTX**.

Première partie : Dispositions Générales

- **Majoration PIV pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient intervient après une consultation d'annonce pour une infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Le cas échéant si cette consultation n'est pas réalisée par le médecin traitant un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation facturable par un médecin généraliste, un médecin spécialiste des maladies infectieuses et tropicales ou un autre spécialiste doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration PIV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation de la prise en charge via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration MPB pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation du suivi d'un patient traité par biothérapie (anti-TNF alpha) pour une pathologie inflammatoire par un rhumatologue, un dermatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge s'adresse à un patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié). Les pathologies inflammatoires concernées sont celles ouvrant droit à une Affection de Longue Durée à savoir :

- la polyarthrite rhumatoïde active, la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin rhumatologue ou un médecin de médecine interne ;
- le psoriasis dès lors qu'il s'agit d'une forme sévère par son étendue et/ou son retentissement et que la prise en charge pour le suivi est assurée par un dermatologue ;

Première partie : Dispositions Générales

- la maladie de Crohn, la rectocolite hémorragique dès lors que la prise en charge pour le suivi est assurée par un médecin gastro-entérologue.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le dermatologue, le médecin de médecine interne ou le gastro-entérologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MPB.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé **MTX**.

- **Majoration MAV pour la consultation initiale très complexe d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie de système par un rhumatologue, un médecin de médecine interne, ou un dermatologue**

Dans le cadre du parcours coordonné de soins, la consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou une vascularite systémique déjà diagnostiquée, doit donner lieu à la rédaction de conclusions thérapeutiques.

Un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par le rhumatologue, le médecin de médecine interne ou le dermatologue doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code majoration MAV.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille des soins (électronique ou papier) à l'Assurance Maladie est **MTX**.

La majoration correspondante peut être facturée une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi via le code prestation agrégé **MTX**.

Première partie : Dispositions Générales

- **Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue**

La consultation initiale d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène s'inscrit dans le cadre du parcours coordonné de soins.

Elle permet d'identifier la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique, d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. Elle inclut un temps d'information du patient et, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée. Cette consultation réalisée par le médecin spécialiste en neurologie ou en ophtalmologie doit donner lieu à l'inscription du code majoration MIA dans le dossier médical du patient.

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille (électronique ou papier) à l'assurance maladie est MTX.

Article 16 - Visite unique pour plusieurs malades

Lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades de la même famille habitant ensemble, seul le premier acte est compté pour une visite ; les suivants sont considérés comme des consultations, il ne peut être compté plus de deux consultations en sus de la première visite.

Les soins donnés à chaque malade doivent être notés sur une feuille de maladie spéciale à ce malade.

Article 17 – Consultations au cabinet du praticien ou visites au domicile du malade

Les consultations et les visites des médecins généralistes, des médecins spécialistes qualifiés et des médecins neuropsychiatres, psychiatres ou neurologues qualifiés (au cabinet du praticien ou au domicile du malade) sont affectées du coefficient 1.

Article 18

(Modifié par décision UNCAM du 06/12/05)

A° Consultation entre deux médecins généralistes

Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux praticiens :

- pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C 1,5 ;
- pour le second médecin : V 1,5

B° Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

(modifié par décision UNCAM du 27/04/06, 05/12/06, 17/01/11, 20/12/11, du 02/10/12, du 08/04/13, du 25/09/13, du 17/12/13, du 24/07/17, du 18/12/18, du 03/10/19, du 28/05/20 et du xx/xx/24)

Principes

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant ou, par dérogation pour le médecin spécialiste en stomatologie ou en chirurgie orale/chirurgie maxillo-faciale, à la demande explicite du chirurgien-dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien-dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps, à l'exception :

- de la radiographie pulmonaire pour le pneumologue ;
- de l'ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ;
- de l'électrocardiogramme ;
- du prélèvement cervicovaginal (JKHD001). Ce prélèvement n'est pris en charge que dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin selon les recommandations de la HAS en vigueur.

Première partie : Dispositions Générales

- des actes de biopsies suivants :
 - QZHA001 : Biopsie dermoépidermique, par abord direct
 - QZHA005 : Biopsie des tissus souscutanés susfasciaux, par abord direct
 - BAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de paupière
 - CAHA001 : Biopsie unilatérale ou bilatérale de la peau de l'oreille externe
 - CAHA002 : Biopsie unilatérale ou bilatérale du cartilage de l'oreille externe
 - GAHA001 : Biopsie de la peau du nez et/ou de la muqueuse nasale
 - HAHA002 : Biopsie de lèvre
 - QEHA001 : Biopsie de la plaque aréolomamelonnaire
 - JHHA001 : Biopsie du pénis
 - JMHA001 : Biopsie de la vulve

dans ce cas, l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur.

Le médecin traitant ou le chirurgien-dentiste s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

La cotation d'un avis ponctuel de consultant ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

Dérogations

a) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant, autres que ceux autorisés, comme le précisent les principes ci-dessus.

Première partie : Dispositions Générales

b) Lorsque le médecin spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au médecin traitant.

c) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a rendu un avis ponctuel de consultant et que l'état du patient nécessite, pour la même pathologie et avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention médicale en vigueur, il peut facturer celle-ci selon les conditions définies aux articles 15.8 et 15.9 de la NGAP.

Cette disposition ne s'applique pas aux consultations suivantes telles que définies dans la convention aux articles 28.3 et 28.4 : CCP, COE, IGR, EPH, CGP, MSP et CSO.

d) Le psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, peut revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. Dans ce cas, la première consultation sera cotée APY, et les suivantes dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY ou CP.

e) Lorsqu'à l'issue de la téléexpertise demandée par le médecin traitant un avis ponctuel est nécessaire, dans une logique de gradation de l'expertise du spécialiste requérant, ce dernier peut facturer un avis ponctuel de consultant dans un délai de 3 mois après la facturation du code TE2.

Champ et honoraires

a) Médecins spécialistes

L'avis ponctuel de consultant est accessible aux spécialistes suivants : médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, médecins spécialistes qualifiés en médecine générale par l'Ordre des médecins, agissant à titre de consultants, à la demande explicite du médecin traitant.

b) Honoraires

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions rappelées au paragraphe ci-dessus intitulé « Principes » :

Première partie : Dispositions Générales

- APC : Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste
- APV : Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade
- APY: Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre, d'un neurologue ou d'un gériatre
- AVY: Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre, neurologue ou par un gériatre

Cas particuliers

Avis ponctuel de consultant des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant, peuvent coter un APC, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant. Cette cotation APC s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant APU.

Avis ponctuel de consultant sur un patient hospitalisé

L'avis ponctuel de consultant n'est pas facturable pour un patient hospitalisé.

Par dérogation, lorsque le patient n'a pas de médecin traitant et dès lors que la situation du patient requiert un avis spécialisée d'une autre discipline que celle disponible dans le service où est hospitalisé le patient, le médecin facture un avis ponctuel de consultant. Le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation.

Dans le cadre d'une demande d'avis d'expertise sur une antibiothérapie pour un patient hospitalisé le médecin spécialiste en maladies infectieuses et tropicales, à titre dérogatoire, facture un APC au maximum au cours du séjour. Le médecin inscrit son avis dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation.

C. Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste

L'avis ponctuel de consultant est un avis donné par un chirurgien-dentiste spécialiste en médecine bucco-dentaire ou en chirurgie orale à la demande explicite du chirurgien-dentiste ou du médecin.

Le chirurgien-dentiste spécialiste correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au chirurgien-dentiste ou au médecin ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au chirurgien-dentiste ou au médecin la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Le chirurgien-dentiste consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 4 mois précédant l'avis ponctuel de consultant et ne doit pas le revoir dans les 4 mois suivants pour la même pathologie.

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués dans le même temps.

Le chirurgien-dentiste ou le médecin s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois tous les 4 mois ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, il en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

Déroptions

- a) Lorsqu'un chirurgien-dentiste spécialiste correspondant a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et la seconde est valorisée par une CS. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.
- b) Lorsque le chirurgien-dentiste spécialiste a besoin d'actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Dans ce cas, la première consultation est cotée via un code prestation d'avis ponctuel de consultant et les actes techniques sont facturés selon les règles de facturation en vigueur. Ce chirurgien-dentiste spécialiste ne facture jamais de CS dans le cadre de cet avis ponctuel de consultant.

Première partie : Dispositions Générales

Dans ces deux cas, les résultats du bilan complémentaire ou des actes techniques devront obligatoirement éclairer l'avis ponctuel du consultant qui devra y faire référence dans ses conclusions transmises au chirurgien-dentiste ou au médecin.

Article 18.1 - Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique

(Créé par décision UNCAM du 06/12/05, supprimé par décision UNCAM du 17/01/11)

Article 18.2 Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante

(Créé par décision UNCAM du 12/05/23 et modifié par décision UNCAM du 15/01/24 et du 29/10/24)

Cette consultation dénommée [IMT] est facturable lorsque le médecin est déclaré médecin traitant d'un patient relevant d'une affection longue durée ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur.

L'IMT doit être facturée à tarif opposable et n'est facturable qu'une seule fois par patient.

Cette consultation très complexe ne se cumule pas avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 2bis. Elle n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP).

Article 19 - Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

(Modifié par la décision UNCAM du 18/07/05)

Lorsque le praticien traitant assiste à une intervention chirurgicale, il a droit (qu'il participe ou non à cette intervention) à un honoraire égal à :

K 10 pour les actes dont le tarif est compris entre 104,50 € et 167,20 €,

K 15 pour les actes dont le tarif est supérieur à 167,20 €.

À cet honoraire s'ajoute éventuellement une indemnité de déplacement établie dans les conditions ci-après :

- dans l'agglomération : V- C plus ISD, s'il y a lieu ;
- hors agglomération : indemnité horokilométrique suivant les dispositions de l'article 13, paragraphe C, la distance retenue pour le calcul de cette indemnité ne pouvant toutefois excéder celle qui sépare le domicile du praticien traitant de celui du chirurgien de même spécialité le plus proche.

Les dispositions du présent article s'appliquent lorsque le médecin traitant assiste à une intervention de curiethérapie pratiquée en salle d'opération.

Pour être honoré, le praticien traitant qui assiste à une intervention doit signer le protocole établi après chaque opération chirurgicale, conformément aux dispositions [du décret n° 56-284 du 09/03/1956](#) complétant [le décret n° 46-1834 du 20/08/1946](#) modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

Article 20 - Honoraires de surveillance médicale dans les établissements de santé relevant du d et du e de l'article L162-22 du code de la sécurité sociale (Modifié par la décision UNCAM du 11/03/05 et du 29/10/24)

1-Définition de l'honoraire de surveillance

L'honoraire de surveillance HS est un forfait journalier versé au médecin par patient hospitalisé pour lequel il assure la surveillance. L'honoraire de surveillance a un tarif dégressif dans le temps.

D'autre part sont compris dans l'honoraire de surveillance les injections sous-cutanées, intradermiques, intraveineuses, intramusculaires ou autres actes figurant au titre XVI de la Nomenclature générale des actes professionnels ou à la **CCAM**.

Le principe général est que le praticien ne peut pas facturer un HS s'il facture le même jour un acte clinique, un acte en K ou un acte **CCAM** pour un même patient.

Première partie : Dispositions Générales

Par dérogation la cotation du HS est possible le même jour que la cotation :

- d'un acte d'imagerie (dont les actes d'échographie) ;
- de l'acte d'électrocardiogramme.

2. Règles de facturation

L'honoraire est facturé via le code HS affecté obligatoirement d'un coefficient variant de 0,25 à 1 selon le lieu d'hospitalisation du malade et le nombre de jours par rapport la date d'entrée du séjour d'hospitalisation (date nommée J1 dans l'article).

Considérant qu'un médecin ne peut avoir examiné plus de 30 patients au cours d'une même journée, un même médecin ne peut facturer plus de 30 HS par jour quel que soit le nombre d'établissements dans lequel il intervient.

Dans l'éventualité où deux médecins de spécialités différentes réalisent un même jour la surveillance d'un même patient, chaque praticien facture la moitié du coefficient du HS correspondant à la situation définie au point 3.

3. Cotations spécifiques selon le lieu d'hospitalisation et le nombre de jours d'hospitalisation

a) Unité de médecine d'un établissement de santé

- HS 1 de J1 au 20^e jour ;
- HS 0,50 du 21^e au 60^e jour ;
- HS 0,25 par la suite.

Durant la période d'hospitalisation, la règle est la facturation d'honoraires de surveillance par le médecin assurant la prise en charge du patient au sein de l'unité de médecine.

Des consultations (au sens de l'article 15 de la NGAP) peuvent toutefois de manière dérogatoire être facturées dans certaines situations au cours du séjour en lieu et place de l'HS :

- Lors de l'établissement du diagnostic initial, et au plus tard le lendemain du jour d'admission dans le service d'hospitalisation ;
- Dès lors qu'il y a une évolution de la santé du patient, significative et médicalement constatée, sans lien direct avec la pathologie ayant motivé l'hospitalisation (événement intercurrent) et nécessitant un nouvel examen complet du patient.
Dès lors que la situation du patient requiert un avis ou une consultation spécialisée d'une autre discipline que celle

Première partie : Dispositions Générales

disponible dans le service où se trouve le patient, l'acte est facturé en sus du HS du médecin du service d'hospitalisation.

b) Unité de chirurgie d'un établissement de santé

L'honoraire de l'acte opératoire comportant les soins consécutifs pendant les 15 jours suivant l'intervention chirurgicale, aucun HS n'est facturable pendant cette période.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 15 jours après l'intervention chirurgicale ou l'acte interventionnel, l'honoraire de surveillance est fixé à :

- HS x 0,25

Dans le cas où le malade a été mis en observation et n'a pas subi d'intervention :

- HS 1 de J1 au 15^e jour ;
- HS 0,25 au-delà du 15^e jour.

Dans le cas où le malade a été mis en observation avant son intervention :

- HS 1 de J1 au jour de l'intervention ;
- HS 0,25 au-delà du 15^e jour après l'intervention.

c) Unité d'obstétrique de l'établissement de santé

En période ante partum dans le cas où l'état pathologique de la patiente impose une hospitalisation, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente est fixé comme suit :

- HS 1 de J1 au 15^e jour ;
- HS 0,25 au-delà du 15^e jour.

Après l'accouchement si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 7 jours l'honoraire de surveillance est fixé à :

- HS 1 du 8^e au 15^e jour
- HS 0,25 au-delà du 15^e jour

Aucun HS n'est facturable de l'accouchement au 7^e jour.

d) Etablissement exerçant une activité de psychiatrie

Première partie : Dispositions Générales

Par jour et par malade l'honoraire de surveillance médicale est de HS x 1 pour une surveillance constante par un médecin qualifié en psychiatrie. Lorsque la surveillance médicale est prise en compte dans le cadre du financement de l'établissement, ce dernier ne peut se cumuler avec celui des honoraires prévus ci-dessus.

e) Unité de soins médicaux et de réadaptation (SMR)

L'honoraire de surveillance médicale est HS 1 par malade examiné et par semaine sauf lorsque la surveillance médicale est prise en compte dans le cadre du financement de l'établissement.

Article 21 - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement

L'application de cet article a été suspendue par une **décision ministérielle du 17/10/91**.

La cotation des actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK est affectée d'un coefficient égal à 0,80.

Les dispositions relatives à la lettre clé AMK s'appliquent sans préjudice des dispositions de l'article L. 162.32 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 22 - Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique et première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée

(Modifié par la décision UNCAM du 11/03/05 et du 03/10/19)

a) Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique

Dans le cadre de la consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique le médecin anesthésiste-réanimateur note sa consultation en CS. Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA). Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Première partie : Dispositions Générales

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Cette consultation se fait dans le respect du parcours de soins coordonnés défini dans le Titre 2 de la convention médicale : « médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. »

b) Première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient

Dans le cadre d'une intervention non programmée pratiquée en urgence et entraînant une hospitalisation, l'anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois le patient, hospitalisé ou non, note sa consultation en CS même si elle est suivie d'un acte d'anesthésie, les honoraires de cette consultation n'étant pas compris dans le forfait d'anesthésie.

Cette consultation peut donner lieu à une cotation APC pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Cette CS ou APC ne peuvent se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte de la CCAM autre que l'acte d'anesthésie ou les actes autorisés en cumul avec la CS ou l'APC. Dans le cadre de l'urgence justifiée par l'état du malade, la consultation effectuée la nuit ou le dimanche et jours fériés, donne lieu, en plus de la CS ou l'APC à une majoration définie à l'article 14 de la NGAP.

Dans le cadre d'une nouvelle intervention durant un délai de 4 mois après la facturation de l'APC initiale, l'anesthésiste ne peut pas facturer un nouvel APC. Dans ce cas il facture la consultation CS même si le patient est en état clinique au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA.

Article 22-1 – Les consultations du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé autorisé par l'ARS pour les passages suivis d'une hospitalisation

(Créé par décision UNCAM du 29/10/24)

Les consultations pour les médecins urgentistes exerçant dans un service d'urgence d'un établissement de santé privé mentionné au d) de l'article L. 162-22 autorisé par l'ARS sont valorisées lorsque le passage aux urgences est suivi de l'hospitalisation du patient comme suit :

- la consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 1 ou 2 est facturée une consultation de référence ;
- la consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 3 est facturée U03 ;
- la consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 4 ou CCMU 5 est facturée U45.

Le compte rendu de ces consultations, réalisées à tarif opposable, doit être inscrit dans le dossier médical du service des urgences.

Ces cotations ouvrent droit à la majoration MEG (article 14.7) ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

Ces cotations n'ouvrent pas droit aux majorations de permanence des soins (article 22-3).

Les consultations U03 et U45 ne se cumulent pas avec d'autres actes effectués dans le même temps à l'exception de l'acte d'électrocardiogramme.

Dans le cas d'un patient de plus de 75 ans qui arrive dans le service d'urgence en ambulance ou avec le SAMU, ces consultations du médecin urgentiste suivi de l'hospitalisation du patient sont cumulables avec la majoration dénommée « MVU ».

Article 22-2 – Majoration pour les consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (Créé par décision UNCAM du 29/10/24)

La consultation réalisée en urgence par le médecin traitant du patient dans les 48 heures suivant la demande du centre de

Première partie : Dispositions Générales

régulation médicale des urgences pendant les horaires habituels de ses consultations est cumulable avec la majoration MRT (majoration médecin traitant régulation).

Le médecin doit pouvoir attester d'avoir été appelé par la régulation médicale.

Cette majoration peut être facturée quel que soit le secteur d'exercice uniquement en cas de respect des tarifs opposables.

Elle n'est pas cumulable avec les majorations facturées dans le cadre du SAS : SNP ; les majorations de PDSA (article 22.3) ; les majorations d'urgence (article 14) et la majoration MHP (article 22.4).

Lorsque le médecin accepte de prendre en charge le patient entre 19h et 21h sur demande de la régulation médicale, il peut facturer en sus de la cotation MRT la majoration SHE.

Article 22-3 – Les soins non programmés régulés en période de permanence des soins ambulatoires

(Créé par décision UNCAM du 29/10/24 et modifié par décision UNCAM du 19/03/25)

Lorsque le médecin - inscrit sur le tableau tenu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins en son nom ou au titre de l'association de permanence des soins à laquelle il appartient - intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, il facture la consultation (visite) de référence à tarif opposable et bénéficie des majorations spécifiques :

- Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet (CRN) ou en visite (VRN)
- Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet (CRM) ou en visite (VRM)
- Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet (CRD) ou en visite (VRD)
- Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié en cas de consultation au cabinet (CRS) ou en visite (VRS)

Ces majorations sont également applicables, à titre exceptionnel, par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Lorsque, au cours d'un même déplacement, le médecin de garde intervient sur appel du régulateur dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées ou au domicile d'un patient pour effectuer des actes sur plus d'un patient, la majoration ne peut être facturée qu'une seule fois.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations d'urgence de nuit, de dimanche et jours fériés (prévue à l'article 14 de la NGAP), avec les majorations SNP, SHE, MVR ni avec les majorations de déplacements (prévues à

Première partie : Dispositions Générales

l'article 14.2 de la NGAP) ; à l'exception des indemnités kilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la NGAP.

Elles ne sont pas cumulables avec les rémunérations forfaitaires de régulation dans la même plage horaire.

Article 22-4 – Les soins non programmés aux horaires de PDSA, hors régulation

(Créé par décision UNCAM du 29/10/24)

Les consultations et visites non régulées, réalisées aux horaires de PDSA, bénéficient d'une majoration MHP sous réserve que ces actes soient facturés aux tarifs opposables. Cette majoration n'est pas cumuleable avec les majorations de PDSA pour les actes régulés mentionnées à l'article 22-3 et pour les actes aux horaires PDSA non régulés visées à l'article 14 (F, MN, MM) et les majorations MDD et MDN de l'article 14.2 de la NGAP.

Article 23 – Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers

(Créé par décision UNCAM du 20/12/11 et modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique

(Créé par décision UNCAM du 20/12/11 et modifié le 18/07/19 et le 08/02/23)

Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3 de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.

Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier(ère)

(Créé par décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- un pansement lourd et complexe inscrit au titre XVI, chapitre I, article 3 ou chapitre II, article 5bis ;

ou

- des soins inscrits au titre XVI à un patient en soins palliatifs.

Ces prises en charge donnent lieu à la majoration de coordination infirmier(ère) (MCI) du fait du rôle spécifique de l'infirmier(ère) en matière de coordination, de continuité des soins et de gestion des risques liés à l'environnement.

Cette majoration ne peut être facturée qu'une seule fois par intervention.

La prise en charge en soins palliatifs est définie comme la prise en charge d'un patient ayant une pathologie grave, évolutive, mettant en jeu le pronostic vital. Elle vise à soulager la douleur et l'ensemble des symptômes digestifs, respiratoires, neurologiques et autres, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Article 23.3 – Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile

(Créé par décision UNCAM du 18/07/19 et modifié par décision UNCAM du 13/01/22)

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSA ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSB ;

Patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde ». Afin de facturer ce forfait, le code prestation est BSC.

Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI) à partir des interventions réalisées en propre par l'infirmier et cochées dans cet outil. La règle de classement des forfaits est définie en annexe 1 de la NGAP.

Article 23.4 – Majoration pour réalisation d'un soin infirmier en pratique avancée liée à l'âge du patient

(Créé par décision UNCAM du 13/02/20)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise un suivi en pratique avancée, dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP ; cette prise en charge donne lieu à une majoration liée à l'âge du patient (MIP), lorsque le patient suivi est âgé de moins de 7 ans ou de 80 ans et plus.

Article 23.5 – Majoration pour la prise en charge des enfants de moins de 7 ans par les infirmiers

(Créé par décision UNCAM du 02/06/26)

Lorsque l'infirmier réalise un soin sur un patient de moins de 7 ans, cette prise en charge donne lieu à une majoration MIE.

Article 24 – Bilan dentaire spécifique (BDE) lors de l'entrée dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) réalisé en présence du patient

(Créé par décision UNCAM du 15/01/24 et modifié par décision UNCAM du 27/11/24)

Le bilan dentaire spécifique des patients entrant en ESMS doit être réalisé dans les 12 mois et comprend a minima :

1. une anamnèse menée avec l'équipe de soins de l'établissement : recherche des facteurs de risque (perte d'autonomie au brossage, connaissance de l'existence de prothèses dentaires, mode d'alimentation mixée, eau gélifiée sucrée, prise de médicaments avec répercussions sur la salivation) ;
2. un examen buccal :
 - examen exo et endobuccal complet ;
 - évaluation des prothèses dentaires : vérifier l'ajustement, l'état des prothèses dentaires (conjointes et adjointes) et l'identification des prothèses adjointes ;
 - évaluation de la salive : quantité et qualité ;
3. Une évaluation de l'hygiène bucco-dentaire : vérifier la routine de brossage et donner des conseils sur les techniques de brossage adaptées à l'état du patient. Pour les personnes non autonomes les recommandations en matière d'hygiène alimentaire seraient confiées au personnel des établissements ;

Première partie : Dispositions Générales

4. Une inscription dans le dossier médical du patient : état bucco-dentaire, présence et nature des prothèses, conseils d'hygiène, soins à réaliser.

Afin de facturer ce bilan, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie est : BDE

Articles 25-26 : abrogés par la [décision UNCAM du 11/03/05](#)

DEUXIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX N'UTILISANT PAS LES RADIATIONS IONISANTES

(Modifié par décisions UNCAM du 11/03/05 et 18/07/05)

PRESENTATION

Pour chaque acte est indiqué son coefficient et la ou les lettres-clés des praticiens qui réalisent ces actes.

Le coefficient des actes peut différer selon les professions. Dans ce cas, pour chaque profession figure le coefficient de l'acte qui la concerne avec sa propre lettre clé.

Plusieurs cas sont possibles :

- Pour les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux les lettres-clés de chaque profession réalisant ces actes sont mentionnées.
- Pour les actes de chirurgie dentaire réalisés par des médecins et les chirurgiens-dentistes, les lettres-clés de chacune des professions sont mentionnées.
- Pour les actes de radiographie dentaire réalisés par les stomatologistes et les chirurgiens-dentistes, la lettre clé Z est mentionnée.
- Pour les actes réalisés par des médecins :
 - quand ces actes sont exclusivement réalisés par eux, car ne figurant pas à la **CCAM** (exemple : actes de chimiothérapie...), la lettre-clé K est indiquée ;
 - quand ces actes sont partagés avec d'autres professions (exemple : actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, actes infirmiers...), seules les lettres-clés des autres professions pouvant réaliser ces actes sont indiquées. Si un médecin est amené à effectuer un de ces actes ne figurant pas à la **CCAM**, il utilise la lettre-clé K qui n'est pas mentionnée afin de ne pas alourdir la lecture.

Quand les actes sont soumis à la procédure de l'accord préalable (article 7 des dispositions générales), les lettres AP sont indiquées en regard de l'acte.

TITRE I - ACTES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

CHAPITRE III. - PLAIES RÉCENTES OU ANCIENNES

(Modifié par Décision UNCAM du 23/08/07 et du 15/10/13)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Nettoyage ou pansement d'une brûlure :		
- surface au-dessous de 10 cm ²	9	K
- surface inférieure à 10% de la surface du corps	16	K
Ces chiffres sont à majorer de 50% s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains		

TITRE II - ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL

CHAPITRE I - PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUSCUTANÉ

(Modifié par Décision UNCAM du 08/10/08 et du 29/04/20 et par arrêté du 14/01/10)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvements aseptiques à différents niveaux des muqueuses ou de la peau, quel qu'en soit le nombre pour examen cytologique, bactériologique, parasitologique, mycologique ou virologique à l'exception de biopsies.	3	K
Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique	5	K
Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique	7	K
- si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains	10	K
Ponction d'abcès ou de ganglion	3	K

CHAPITRE III - OS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction biopsique osseuse	5	K

CHAPITRE IV – ARTICULATIONS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre
-----------------------	-------------	--------

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

		clé
Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :		
- toutes articulations sauf la hanche	5	K
- hanche	10	K

CHAPITRE V - VAISSEAUX

Section II. - ARTÈRES ET VEINES

Article 1 - Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction d'un tronc veineux de la tête et du cou	3	K ou AMI
Ponction artérielle percutanée	5	K ou AMI

Article 3 – Cancérologie

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique (à l'exception des perfusions par pompes portables ou implantables). Chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'accord préalable et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps. Le protocole doit comporter : 1) l'indication de la pathologie motivant la thérapeutique ; 2) les produits injectés ; 3) la procédure (bolus, semicontinue, continue) ou les procédures envisagées ; 4) le nombre de séances prévues ; 5) les modalités de mise en œuvre de la thérapeutique : injection intraveineuse			

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

(l'acte d'injection est compris dans la séance), ou intrathécale, ou intravésicale, ou intrapéritonéale ou intra-artérielle ; 6) le nom de la structure à compétence carcinologique dans laquelle le traitement est effectué.			
Séance de perfusion de substances antimitotiques, quels que soient le ou les produits utilisés :			
- perfusion courte ("bolus"), par séance d'une durée inférieure à six heures	15	K	AP
- perfusion semicontinue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures	20	K	AP
- perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt-quatre heures, par séance de vingt-quatre heures	30	K	AP
Surveillance intensive dans un établissement à compétence carcinologique, pratiquant la chimiothérapie ambulatoire et/ou la radiothérapie de haute énergie, d'un malade atteint d'une affection maligne et présentant :			
- soit un accident aigu (du type aplasie médullaire, choc consécutif à un traitement chimiothérapique et/ou radiothérapique, compression médiastinale, syndrome abdominal aigu iatrogène, dysphagie majeure, etc.), par séance de vingt-quatre heures pour une période limitée à sept jours, renouvelable sur accord préalable	30	K	AP
- soit un état précaire prolongé nécessitant des soins constants (antalgiques majeurs, équilibre du métabolisme, prévention de complications graves, traitement d'une détérioration sévère de l'état nutritionnel), par séance de vingt-quatre heures, pour une période d'un mois, renouvelable sur accord préalable	10	K	AP

CHAPITRE VI – NERFS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Infiltrations percutanées :		
Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.)	5	K

TITRE III - ACTES PORTANT SUR LA TÊTE

CHAPITRE I - CRÂNE ET ENCÉPHALE

Article 1 - Investigations neurologiques centrales et périphériques

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection médicamenteuse, avec ou sans épreuve au manomètre de Queckenstedt Stookey	8	K

CHAPITRE II – ORBITE – ŒIL

Article 1 - Orthoptie : bilans et rééducations

(Modifié par décision UNCAM du 01/07/08, 19/07/12, 04/07/17, 27/10/17, du 06/11/18, du 29/09/22 et du 08/08/23)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
1) Préambule L'orthoptiste est seul habilité à réaliser les actes du présent article. Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie les actes effectués personnellement par un orthoptiste, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription initiale du médecin demandant un bilan ou par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R.4342-1-1 et R.4342-1-2 du code de la santé publique. Si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison avec l'orthoptiste. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription.			
2) Bilans orthoptiques			

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif ;
- l'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées ;
- le compte-rendu, tenu à la disposition du service médical, comporte le diagnostic orthoptique argumenté et les objectifs, le plan de soins de la rééducation/du traitement orthoptique s'ils sont indiqués (justification nécessaire en cas d'absence d'indication à une rééducation) ;
- le bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste ;
- les actes de l'article 1 ne sont pas associables entre eux ni avec un acte de l'article 3 du présent chapitre ;
- dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut, salarié ou libéral, de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée (sauf circonstance exceptionnelle dûment justifiée dans le compte-rendu) :
 - bilan orthoptique en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ;
 - bilan orthoptique et un ou plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002).

Les circonstances exceptionnelles décrites dans la circulaire ad hoc sont les suivantes :

- strabisme diagnostiqué ;
- trouble neuro-ophtalmologique avéré ;
- enfant atteint d'une pathologie oculaire grave : glaucome congénital, cataracte congénitale, rétinopathie du prématuré, rétinopathie congénitale, tumeur oculaire ou orbito-palpébrale ;
- enfant porteur d'une maladie rare avec atteinte ophtalmologique avérée ou potentielle ;
- basse vision chez l'enfant.

Bilan orthoptique des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-	30	AMY	
--	----	-----	--

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

ophtalmologique (basse vision) avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2 ^e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins : - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs.			
Bilan des conséquences neuro-ophtalmologiques des pathologies générales et des déficiences neuro-visuelles d'origine fonctionnelle avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2 ^e bilan doit être justifiée par l'évolution de la pathologie. Le compte rendu tenu à la disposition du service médical, comporte au moins : - la détermination subjective de l'acuité visuelle, - la détermination subjective de la fixation, - le bilan des déséquilibres oculomoteurs.	30,5	AMY	
Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	10	AMY	AP
Bilan des déséquilibres de la vision binoculaire lié à un trouble des capacités fusionnelles et un trouble neurosensoriel, accommodatif ou à un trouble de l'orientation du regard (hors enregistrement) avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	14,5	AMY	AP
Bilan des troubles oculomoteurs : hétérophories, strabismes, paralysies oculomotrices avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15	AMY	AP

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Bilan d'une amblyopie avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du service médical, avec un maximum de deux actes par an ; au-delà l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable.	15,5	AMY	AP
3) Actes de rééducation Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophories, de strabismes, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes ayant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle susceptibles de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie. L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation ou du renouvellement du traitement en fonction de son évolution et de l'état de santé du patient. A tout moment, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec l'orthoptiste, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. A l'issue de la dernière séance, l'orthoptiste adresse au médecin prescripteur une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Celle-ci est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande. Une demande d'accord préalable doit être obligatoirement formulée pour tout renouvellement.			
Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle, de l'ordre de 30 mn pour les patients de 16 ans et de moins de 16 ans, de l'ordre de 45 mn pour les patients de plus de 16 ans. Cette rééducation est destinée : - aux patients ayant une pathologie oculaire ou des lésions d'origine traumatique, tumorale, neurologique et/ou vasculaire entraînant une déficience visuelle - aux patients ayant des troubles des apprentissages et/ou des troubles neuro visuels objectivés dans le cadre d'un bilan pluridisciplinaire (médical et paramédical) - Patients de plus de 16 ans - Patients de 16 ans et moins de 16 ans	19,2 13,2	AMY	

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

		AMY	
Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	7	AMY	
Traitement du strabisme par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	7,7	AMY	
Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires par série de vingt séances de l'ordre de 20 minutes, par séance ; au-delà de 20 séances, l'orthoptiste établit une demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	4	AMY	

Article 2 - Orthoptie : actes avec enregistrements

(Créé par décision UNCAM du 19/07/12 et modifié par décision UNCAM du 17/12/13 et du 29/09/22)

Les enregistrements visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin (éventuellement par l'intermédiaire d'un protocole organisationnel, au sens des articles R. 4342-1-1 et R. 4342-1-2 du code de la santé publique) sans réalisation d'un bilan au préalable.

Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée sans mesure de seuil	11,5	AMY	
Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée avec mesure de seuil	12,3	AMY	
Courbe d'adaptation à l'obscurité,	9	AMY	
Exploration du sens chromatique,	6	AMY	
Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score.	9	AMY	
Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec télétransmission au médecin lecteur <i>La facturation de cet acte est conditionnée à :</i>	6,7	AMY	

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- une formation - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille - la télétransmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur. - Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase. -Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil.			
Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur dans les conditions définies réglementairement avec transmission par autre moyen que la télétransmission au médecin lecteur La facturation de cet acte est conditionnée à : - une formation - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque œil : l'un centré sur la macula, l'autre sur la papille - la transmission dans un délai maximum de 48H, des rétinographies au médecin lecteur accompagnée des données administratives d'identification du patient et du prescripteur et éventuellement des informations complémentaires communiquées par le prescripteur. - Evaluation HAS 11 juillet 2007 - Interprétation des photographies du fond d'œil, suite à une rétinographie avec ou sans mydriase. -Recommandations HAS décembre 2010 - Dépistage de la rétinopathie diabétique par lecture différée de photographies du fond d'œil.	6,1	AMY	

Article 3 - Orthoptie : acte spécifique d'étude de la réfraction et de l'acuité visuelle

(Créé par décision UNCAM du 29/09/22 et modifié par décision UNCAM du 13/04/23 et du 08/08/23)

Les actes visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursé par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste.

Dans les conditions fixées par le décret n°2022-691 du 26 avril 2022, la réalisation des actes du présent article peut ne pas être soumise à prescription médicale préalable.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation - Ces actes ne sont pas associables à un acte de l'article 1 du présent chapitre Lorsque cet acte donne lieu à une primo-prescription de verres correcteurs associés, le cas échéant, de lentilles de contact par un orthoptiste en accès direct chez un patient non appareillé. Dans toutes les autres situations, dont le renouvellement de verres correcteurs précédemment prescrits, associés, le cas échéant, à des lentilles de contact. Dans le cadre de la collaboration d'un orthoptiste à l'examen de l'ophtalmologiste, quel que soit le statut - salarié ou libéral - de l'orthoptiste, quels que soient le lieu et le secteur d'exercice de l'ophtalmologiste, la facturation cumulée des actes suivants, réalisés le même jour, n'est pas autorisée : - La mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation en sus de la consultation médicale, de la téléconsultation ou de l'avis ponctuel de consultant ; - La mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation et un ou	8,7 8	AMY AMY	

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

plusieurs des actes suivants, inscrits à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) : examen de la vision binoculaire (BLQP010), examen fonctionnel de la motricité oculaire (BJQP002).			
Actes de dépistage de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant Chaque acte de dépistage n'est facturable qu'une fois par patient et sur la tranche d'âge concernée. Les 2 actes de dépistage ne sont cumulables ni avec un autre acte en AMY ni avec des actes médicaux. En cas de dépistage positif, l'orthoptiste oriente l'enfant vers un médecin ophtalmologiste. Ces actes doivent faire l'objet d'une mention dans le carnet de santé de l'enfant ou dans le dossier médical partagé s'il existe.			
Dépistage de l'amblyopie chez les nourrissons âgés de 9 à 15 mois	7,7	AMY	
Dépistage des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans	8,4	AMY	

CHAPITRE IV – FACE

(Modifié par décision UNCAM du 15/10/13)

Article 2 – Sinus

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre Clé
Ponction isolée du sinus maxillaire	10	K

Article 3 - Traitement de diverses lésions de la face - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

CHAPITRE V - BOUCHE - PHARYNX (parties molles)

(Modifié par [décision UNCAM du 15/10/13](#))

Article 2 – Langue - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

Article 5 - Glandes salivaires - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

Article 6 - Traitement de tumeurs diverses

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :		
- d'une lésion intrabuccale de l'oropharynx	5	K
- d'une lésion intrabuccale de l'hypopharynx ou du cavum	10	K
Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne	5	K

CHAPITRE VI – MAXILLAIRES

(Modifié par [décision UNCAM du 15/10/13](#))

Article 1 - Fractures - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

Article 2 - Lésions infectieuses - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

Article 3 - Malformations et tumeurs - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

Article 4 - Articulation temporo-maxillaire - abrogé par **décision UNCAM du 15/10/13**

Article 5 - Orthopédie dento-faciale

(Modifié par décisions UNCAM du 17/12/13 et du 20/04/22)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
La responsabilité de l'Assurance Maladie est limitée aux traitements commencés avant le seizième anniversaire. Le traitement doit concerner les dysmorphoses corrigibles et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord sous peine de la caducité de celui-ci. L'accord préalable est nécessaire pour tout nouveau traitement et est valable pour un an. L'accord préalable est nécessaire pour chaque renouvellement annuel des soins, ou en cas de changement de praticien, ou encore en cas de modification du plan de traitement. Le contrôle dentaire peut demander la communication des examens complémentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement.			
1° Examens			
Examens avec prise d'empreinte, diagnostic et durée probable du traitement (les examens spéciaux concourant à l'établissement de ce diagnostic, et notamment radiographie dentaire, radiographie et téléradiographie de la tête sont remboursés en sus)	15	TO ou ORT	
- avec analyse céphalométrique, en supplément	5	TO ou ORT	
2° Traitements (accord préalable)			
Rééducation de la déglutition et/ou de l'articulation de la parole : voir titre IV, chapitre II, article 2.			

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Lorsque la rééducation et le traitement sont effectués par le même praticien, la cotation de la rééducation ne peut en aucun cas, s'ajouter à la cotation globale prévue pour le traitement d'orthopédie dento-faciale.			
Traitement des dysmorphoses :			
- par période de six mois	90	TO ou ORT	AP
- avec un plafond de	540	TO ou ORT	AP
Lorsqu'une phase de traitement est effectuée en denture lactéale ou mixte, elle est limitée à trois semestres. Exceptionnellement, un quatrième semestre peut être accordé après examen conjoint du patient avec le praticien-conseil.			
En cas d'interruption provisoire du traitement : séance de surveillance (au maximum 2 séances par semestre)	5	TO ou ORT	AP
Contention après traitement orthodontique :			
Un avis technique favorable pour la contention ne peut être donné que si le traitement a donné des résultats positifs et dans la mesure où il se justifie techniquement :			
- première année	75	TO ou ORT	AP
- deuxième année	50	TO ou ORT	AP
Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	180	TO ou ORT	AP
Orthopédie dento-faciale des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :			
Facturation : - forfait annuel, facturé à la fin de l'année de soins	200	TO ou ORT	AP

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

ou - forfait semestriel, facturé à la fin du semestre de soins	100	TO ou ORT	
Facturation : en période d'attente	60	TO ou ORT	AP
Traitement d'orthopédie dento-faciale au-delà du seizième anniversaire, préalable à une intervention chirurgicale portant sur les maxillaires, pour une période de six mois non renouvelable	90	TO ou ORT	AP
La demande d'accord préalable doit être accompagnée d'une lettre du praticien qui doit effectuer l'intervention chirurgicale, motivant l'exécution du traitement			

CHAPITRE VII - DENTS, GENCIVES - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

CHAPITRE VIII - PROTHÈSE RESTAURATRICE MAXILLO-FACIALE - abrogé par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

DIRECTIVES NATIONALES D'ASSIMILATIONS DENTAIRES (AP = accord préalable) - abrogées par [décision UNCAM du 15/10/13](#)

TITRE IV - ACTES PORTANT SUR LE COU

CHAPITRE II – LARYNX

Article 2 - Rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage

(Modifié par décision UNCAM du 14/11/06, du 13/12/07, du 02/10/12, du 16/07/14, du 24/01/18, du 06/11/18, du 07/05/19, du 16/06/22, du 29/09/22, du 25/09/23 et du 21/01/26)

Pour des actes différents de rééducations individuelles de cet article, deux séances le même jour sont facturables, à la condition que celles-ci interviennent dans le cadre de deux projets rééducatifs distincts, qu'ils soient issus de deux prescriptions médicales distinctes ou de deux bilans distincts.

Dans les autres cas, les cotations des actes figurant dans cet article ne sont pas cumulables entre elles le même jour.

Désignation de l'acte
Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste. Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis : 1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire : À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur. Si des séances de rééducation doivent être dispensées, ce compte rendu comprend les objectifs de la rééducation, le nombre et la nature des séances que l'orthophoniste détermine, par dérogation à l'article 5 des dispositions générales. 2. Bilan orthophonique d'investigation : À l'issue de ce bilan, un compte rendu indiquant le diagnostic orthophonique est adressé au prescripteur, accompagné des propositions de l'orthophoniste. Le prescripteur peut alors prescrire une rééducation orthophonique en conformité avec la nomenclature.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

À la fin du traitement pour les deux types de bilan orthophonique susvisés, une note d'évolution est adressée au prescripteur.

Le compte rendu pour les deux types de bilan susvisés est communiqué au service médical à sa demande.

Lorsque l'orthophoniste estime, après examen de la plainte, que la réalisation du bilan orthophonique (bilan 1 ou 2 supra) n'est pas adaptée et que le patient n'a pas besoin de séances de rééducation, il peut réaliser un « bilan de prévention et d'accompagnement parental ». Au cours de ce bilan, l'orthophoniste prodigue au patient ainsi que, le cas échéant, à la famille des conseils de prévention, un accompagnement et, si nécessaire, une orientation adéquate vers un professionnel médical. Il doit rédiger une note en retour au médecin prescripteur.

Ce bilan ne doit pas être suivi de séances de rééducation et il est substitutif à la réalisation d'un bilan orthophonique défini au 1 et 2 ci-dessus.

1-Bilans		
	Coefficient	Lettre clé
1-1 Bilan avec rédaction d'une note au prescripteur		
Bilan de prévention et d'accompagnement parental	20,00	AMO
1-2 Bilans avec compte rendu écrit obligatoire		
En cas de bilan orthophonique, en renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %		
Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques	26,00	AMO
Bilan de la phonation	33,98	AMO
Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	33,99	AMO

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	34,01	AMO
Bilan de la communication et du langage écrit	34,02	AMO
Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)	34,03	AMO
Bilan des troubles d'origine neurologique	39,99	AMO
Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	40,01	AMO
Bilan de la communication et du langage dans le cadre des handicaps moteur, sensoriel et/ou déficiences intellectuelles, des paralysies cérébrales, des troubles du spectre de l'autisme, des maladies génétiques et de la surdité	40,02	AMO
2-Rééducation individuelle		
Pour les actes suivants en rééducation individuelle, la séance doit avoir une durée de l'ordre de 30 minutes ne pouvant être inférieure à 20 minutes, sauf mention particulière. La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum. Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9,70	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9,80	AMO
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	9,90	AMO
Pour les actes suivants en rééducation individuelle, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum. Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par		

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	11,4	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	12,8	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	13,5	AMO
Éducation et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oro-oesophagiennes et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire), par séance	13	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	11,6	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	11,7	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	11,5	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance :	12,1	AMO
- Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	12,6	AMO
Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	12,2	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO
Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps	13,8	AMO

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance		
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	14	AMO
Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes, sauf mention particulière. La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur. Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.		
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques, par séance	15,7	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	15,6	AMO
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15,4	AMO
3- Rééducation nécessitant des techniques de groupe		
La rééducation doit être effectuée à raison de deux à quatre patients au maximum par praticien. <i>Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.</i> <i>Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum :</i> <i>Si, à l'issue des 50 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique en renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</i>		

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Rééducation des troubles de l'articulation, par séance	9	AMO
Rééducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	9	AMO
Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	9	AMO
Rééducation des dysphagies, par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées par séance	9	AMO
Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	9	AMO
Education et rééducation de la voix dans le cadre de pathologies tumorales (dont voix oro-oesophagiennes et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit (dont dyslexie et dysorthographe) par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dont dyscalculie, troubles du raisonnement), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture (dont dysgraphie), par séance	9	AMO
Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance :	9	AMO
- Pour un patient de 3 à 6 ans inclus	9	AMO
Rééducation des troubles de la fluence (dont bégaiement et bredouillement), par séance	9	AMO
Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	9	AMO

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Éducation ou rééducation de la communication et du langage dans les handicaps moteur, sensoriel et/ou les déficiences intellectuelles (inclus paralysie cérébrale, troubles du spectre de l'autisme et maladies génétiques), par séance	9	AMO
Rééducation des troubles de la communication et du langage oral dans le cadre des troubles du neurodéveloppement (dysphasie), par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neurologiques, par séance	9	AMO
Rééducation et/ou maintien et/ou adaptation des fonctions de communication, du langage, des troubles cognitivo-linguistiques et des fonctions oro-myo-faciales chez les patients atteints de pathologies neuro-dégénératives, par séance	9	AMO
Démutisation, rééducation ou conservation de la communication, du langage et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	9	AMO

TITRE VII - ACTES PORTANT SUR LE THORAX

CHAPITRE III - PLÈVRE - POUMONS

Article 3 - Actes de chirurgie

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique)	4	K

TITRE VIII. - ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN

CHAPITRE II - PAROI ABDOMINALE, GRANDE CAVITÉ PÉRITONÉALE

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction de l'abdomen	10	K

CHAPITRE III. - ESTOMAC ET INTESTIN

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux	10	K
Lavage d'estomac	10	K
Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodéal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours)	15	K
Aspiration continue et rééquilibration hydro-électrolytique concomitante pour occlusion intestinale suivie ou non d'intervention, par jour. Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par la cotation globale de cette intervention.	10	K

CHAPITRE IV - FOIE, VOIES BILIAIRES, PANCRÉAS

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate pour examen	10	K

TITRE XI - ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

CHAPITRE I. - EN DEHORS DE LA GESTATION

(Modifié par décision UNCAM du 02/10/12, du 14/02/13, du 18/04/14 et du 17/06/15)

Article 1 - Interventions par voie basse

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Gynécologie médicale :		
Prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre	3	K

Article 2 - Suivi gynécologique réalisé par la sage-femme

(Créé par décision UNCAM du 02/10/12 et modifié par décision UNCAM du 14/02/13, du 18/04/14 et du 17/06/15)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	22,4	SF

CHAPITRE II - ACTES LIÉS À LA GESTATION ET À L'ACCOUCHEMENT

(Modifié par décision UNCAM du 05/02/08, du 28/09/11, du 02/10/12, du 14/02/13, du 18/04/14, du 17/06/15 du 12/05/16, 06/11/18, du 06/10/20, du 28/03/22, du 06/09/23 et du 28/06/24)

Section 1 – Actes réalisés par les médecins.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

1° Préparation à la naissance et à la parentalité

L'examen médical du futur co-parent réalisé au cabinet défini à l'article L. 2122-3 du code de Santé publique, est facturé par le médecin avec le code prestation EPG.

L'examen est valorisé comme une consultation de référence à tarif opposable. Il est pris en charge à 100% sur le risque maternité. Le code EPG ne se cumule avec aucune majoration conventionnelle ou définie en NGAP.

2° Séances de préparation psychoprophylactique obstétricale :

Cette préparation est réalisée en complément de la surveillance médicale de la grossesse et a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés par une approche de santé publique et préventive. Elle a pour objectif :

- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents.

Cette préparation comporte huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes.

La première séance correspond à l'entretien prénatal précoce obligatoire, elle est individuelle. Elle peut être réalisée dès le premier trimestre de la grossesse. L'entretien individuel permet au professionnel de resituer son intervention dans le dispositif général de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir.

- Première séance : 2,5 C

Les séances suivantes peuvent être collectives. Elles doivent comporter un travail corporel qui est évalué individuellement.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- Séances suivantes dispensées jusqu'à trois personnes simultanément (par patiente) : 2 C
- Séances suivantes dispensées à plus de trois personnes simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente) : 0,9 C

3° Accouchements et actes complémentaires

Dans les unités d'obstétrique mentionnées au 2° de l'article D. 6124-44 du code de la santé publique :

- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés au dixième et onzième alinéa du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales ;
- l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisés la nuit, le dimanche et les jours fériés par chacun des médecins mentionnés aux cinquième, septième, huitième et douzième alinéas du 2° précité donne lieu à une majoration forfaitaire pour sujétion particulière. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée dans les mêmes conditions que celle des lettres-clés prévues à l'article 2 des dispositions générales (modifié par décision UNCAM du 06/12/2005).

Les majorations mentionnées ci-dessus se cumulent avec les modificateurs urgence : **U, P, S et F prévus au chapitre 19 de la CCAM**. Sont considérés comme actes de nuit les actes liés à l'accouchement effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu aux majorations ci-dessus que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

4° Actes de néonatalogie en unité d'obstétrique

Examen pédiatrique du premier jour de la naissance : contrôle de l'adaptation du nouveau-né, dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles métaboliques...).

Cet examen peut se cumuler avec l'examen médical obligatoire prévu dans les huit jours qui suivent la naissance (décret n° 73 - 267 du 02/03/1973).

L'examen pédiatrique du premier jour de la naissance et celui prévu dans les huit jours qui suivent la naissance peuvent se cumuler avec la cotation d'un ou plusieurs examen(s) pédiatrique(s) imposé(s) par un état pathologique postnatal : C ou CS.

Section 2 - Actes réalisés par les sages-femmes

Dans le cadre du suivi post-natal une consultation de l'enfant peut être facturée par la sage-femme quand elle réalise, pour l'enfant, des actes cliniques ou techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie. Cette consultation s'intègre dans la prise en charge de l'enfant en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé concernés, conformément aux articles R. 4127-318 et L. 4151-1 du Code de la santé publique.

Le 1° « Accompagnement médical de la grossesse réalisé par la sage-femme », est supprimé (décision UNCAM du 14 février 2013).

2° Notations propres à la sage-femme :

Bilan valorisant les missions de prévention des sages-femmes dans le cadre du parcours de soins, réalisé à partir de la déclaration de grossesse et si possible avant la 24^{ème} semaine d'aménorrhée. Cet examen intègre notamment des informations sur le suivi de la femme enceinte en pré, per et post partum, incluant le contact anténatal en vue de préparer la sortie de maternité, des informations sur la vaccination, toutes mesures de santé publique (tabac, conduites addictives...) ainsi qu'une information relative au bilan buccodentaire du 4^{ème} mois : SF 12,6

Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive : 9 SF

Observation et traitement au cabinet ou à domicile d'une grossesse pathologique, à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal, sur prescription d'un médecin :

-grossesse unique : 15,6 SF

-grossesse multiple : 22,6 SF

Examen de grossesse comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. A réaliser à partir de la 24^{ème} semaine d'aménorrhée (avec un maximum de deux, sauf en cas d'urgence dûment justifiée dans le compte-rendu). Entre 41SA et 41SA+6J, cet examen pourra être renouvelé autant que de besoin, selon les recommandations en vigueur :

- grossesse unique : 12,5 SF

- grossesse multiple : 19,5 SF

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Pour les deux libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

3° Préparation à la naissance et à la parentalité

Il s'agit d'un accompagnement de la femme ou du couple, en complément de la surveillance médicale de la grossesse, destiné à favoriser leur participation active dans le projet de naissance par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale. Cet accompagnement a pour objectif:

- de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveaux nés par une approche éducative et préventive ;
- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers les professionnels compétents des champs sanitaires et sociaux.

Séances de préparation à la naissance et à la parentalité

- Première séance

Il s'agit d'un entretien prénatal précoce obligatoire individuel ou en couple adapté à chaque femme ou couple. Il doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse. L'entretien peut se dérouler dès le 1^{er} trimestre de la grossesse et fait l'objet de la rédaction d'une synthèse.

Cette séance doit permettre :

- d'identifier les besoins d'information ;
- de définir les compétences parentales à développer ;
- de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance ;

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ;
- de donner de l'information sur l'offre de soins de proximité et sur son organisation ;
- d'orienter le cas échéant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- de planifier les séances prénatales (individuelles ou en groupe).

- Séances suivantes

Il s'agit de séances de mise en œuvre du programme de préparation à la naissance et à la parentalité.

Les contenus essentiels à aborder durant les séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés aux besoins et attentes de la femme ou du couple.

La préparation à la naissance comprend huit séances dont la durée ne peut être inférieure à quarante-cinq minutes chacune. Le travail corporel sera évalué individuellement.

- Première séance pour la patiente ou le couple : SF15.
- A partir de la deuxième séance :
 - séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple : SF12
 - séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple : SF11,6
 - séances suivantes dispensées à 4 femmes ou couples et plus simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes ou couples, la séance par patiente ou couple : SF6

La valeur du SF est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

Par dérogation à l'article 11, deux séances de préparation à la naissance et à la parentalité effectuées le même jour à des moments distincts peuvent se cumuler à taux plein.

4° Forfaits de surveillance pour accouchement en maison de naissance

Le forfait de surveillance du travail et le forfait du post partum immédiat sont facturables après un accouchement en maison de naissance par la sage-femme qui réalise l'accouchement et qui remplit les obligations dévolues à la sage -femme référente. En cas d'indisponibilité de la sage-femme référente, la sage-femme qui a été associée au suivi de la parturiente, qui l'a prise en

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

charge au moins une fois, et qui réalise l'accouchement, sera celle qui pourra prétendre aux forfaits de surveillance d'accouchement.

Ces forfaits ne peuvent pas être tarifés avec une majoration ou un autre acte de la nomenclature NGAP ou CCAM en dehors des actes d'accouchement.

Ces forfaits sont cumulables entre eux et avec un acte d'accouchement à taux plein.

- Forfait de surveillance du travail d'accouchement d'une femme en maison de naissance n'ayant pas été hospitalisée pour son accouchement : 2 FMN
- Forfait de surveillance en maison de naissance du post partum immédiat d'une femme n'ayant pas été hospitalisée en post partum immédiat ou le jour de son accouchement : FMN.

5° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J0 à J12 (J0 étant le jour de l'accouchement)

Pour un enfant :

- pour les deux premiers forfaits ou les quatre premiers forfaits si le retour à domicile a eu lieu de J0 ou J1 : 16,5 SF
- pour les autres forfaits : 12 SF

Pour deux enfants ou plus :

- pour les deux premiers forfaits ou les quatre premiers forfaits si le retour à domicile a eu lieu de J0 ou J1 : 23 SF
- pour les autres forfaits : 17 SF

La consultation ou la visite ne sont pas cumulables avec un acte inscrit à la nomenclature.

La majoration MS se cumule avec le forfait journalier de surveillance à domicile pour les deux premières visites de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s) réalisées entre J0 et J2 lorsque la femme rentre à domicile le jour de son accouchement (J0).

Elle est non facturable avec la majoration forfaitaire conventionnelle (DSP).

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

6° Séances d'entretien et de suivi postnatal

Il s'agit de séances individuelles ou collectives, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif.

Une séance d'entretien individuel doit être proposée :

- systématiquement de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine après l'accouchement. Cette séance, dite « entretien postnatal précoce » est obligatoire. Elle doit notamment permettre de détecter d'éventuelles difficultés psychiques chez la mère et doit avoir lieu préférentiellement à domicile ;
- de la 10^{ème} à la 14^{ème} semaine après l'accouchement aux femmes primipares ainsi qu'aux femmes qui présentent un facteur de risque psychologique (antécédents de dépression, facteur de risque identifié lors des séances précédentes, en particulier lors de la séance d'entretien post natal de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine après l'accouchement) ;
- Les séances de suivi postnatal, individuelles ou collectives, sont réalisées dans la logique de prévention en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.

En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances d'entretien et de suivi postnatales ont pour objectifs :

1. de rechercher des difficultés et les facteurs de risques psychiques, en particulier de dépression du post-partum ;
2. de détecter les difficultés relationnelles avec l'enfant et de favoriser les liens d'attachement mère enfant en prodiguant des conseils pour certaines situations à risques ;
3. de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
4. de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
5. d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité ;
6. d'informer sur les enjeux liés à l'impact de l'environnement sur la santé de l'enfant et les mesures concrètes à mettre en œuvre au domicile.

Ces séances doivent faire l'objet d'un compte rendu inscrit au dossier du patient, porté au dossier médical partagé (DMP) si celui-ci est ouvert. En tant que de besoin, celui-ci est adressé au médecin traitant.

Lorsque l'entretien post natal de la 4^{ème} à la 8^{ème} semaine après l'accouchement est réalisé à domicile, le volet « santé environnement » s'attache à identifier les situations à risque et aider les parents à adopter des comportements sains pour leur santé et celle de leur bébé, et leur environnement.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'entretien post natal de la 4ème à la 8ème semaine après l'accouchement (Entretien post natal précoce)		
- à domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance d'entretien post natal de la 10ème à la 14ème semaine après l'accouchement au domicile		
- au domicile	14	SP
- au cabinet	12	SP
Séance de suivi post natal du 8ème jour à 14ème semaine après l'accouchement		
- par patiente ou couple	9	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 2 ou 3 femmes ou couples	7	SP
- par patiente ou par couple, dispensée simultanément à 4 ou 6 femmes ou couples	6	SP

Au maximum, peuvent être pris en charge :

- un entretien post natal systématique suivi d'un second entretien pour les femmes éligibles ;
- ainsi que deux séances de suivi post natal (individuelle et/ou en collectif).

TITRE XII - ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

CHAPITRE II – PIED

Article 1 - Actes de pédicurie

(Modifié par les Décisions UNCAM du 4/03/2021 et du 22/12/23)

Seuls les séances de traitement de verrues plantaires par kératolytiques et les actes de prévention du pied diabétique (POD) réalisées par les pédicures podologues ne sont pas soumises à prescription pour la prise en charge ou le remboursement par les caisses d'assurance maladie.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Rééducation d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	13,65	AMP	AP
	4	AMK	
Rééducation des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	20,5	AMP	AP
	6	AMK	
Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	6,8	AMP	AP
	2	AMK	
Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	10,2	AMP	AP
	3	AMK	
Pansement petit	0,75	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,25	AMP	
Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	2	AMP	
Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	1,50	AMP	
Traitement pédicural de cas pathologiques du domaine du pédicure (hygromas, onyxis, etc.) non justiciable d'un acte			

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

opératoire, suivant prescription médicale, pansement compris :			
- pour la première séance	2	AMP	
- pour les suivantes	1,50	AMP	
Traitement pédicural par kératolytique d'une ou plusieurs verrues plantaires sur un ou deux pieds, facturable en 4 séances au maximum. Par séance, pansement compris Les séances ne sont pas facturables avec un POD ou un POT.	31,7	AMP	

Article 2 - Actes de prévention de pédicurie-podologie

(Modifié par la Décision UNCAM du 04/03/08, du 21/03/13, du 4/03/21 et du 22/12/23)

A. Actes de prévention du pied diabétique

Un patient diabétique peut bénéficier avec ou sans prescription d'un médecin, d'un bilan de gradation du risque podologique. Il comprend l'anamnèse, la gradation du risque podologique ainsi que des conseils de prévention adaptés. Si la gradation révèle un grade 0 ou 1, ce bilan est facturable une fois par an.

Un patient diabétique présentant des pieds à risque de grade 2 ou 3 peut bénéficier de la prise en charge d'un forfait de prévention par période d'un an. Un médecin peut prescrire ces actes et s'il le souhaite, préciser sa prescription. Celle-ci s'impose alors au pédicure-podologue.

Deux types de forfaits sont pris en charge :

- 1) Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2(*) comprenant 5 séances de soins de prévention
- 2) Forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 3(*) comprenant 8 séances de soins de prévention pour un patient présentant une plaie du pied du patient diabétique en cours de cicatrisation, et 6 séances de soins de prévention pour un patient ne présentant pas de plaie du pied du patient diabétique.

(*) Gradation du groupe international de travail sur le pied diabétique (International Working Group of the diabetic foot)

- Grade 2 : Neuropathie sensitive (définie par l'anomalie du test au monofilament de 10 g ou un seuil de perception vibratoire supérieure à 25 V), associée à une artériopathie des membres inférieurs (définie par l'absence des pouls du pied ou un IPS inférieur à 0,90) et/ou à une déformation du pied (hallux valgus, orteils en griffe ou en marteau, proéminence de la tête des métatarsiens)
- Grade 3 : Antécédents d'ulcération du pied (grade 3a), et/ou amputation de membres inférieurs (grade 3b)

Chaque forfait comprend également la réalisation, par le pédicure-podologue, d'un bilan-diagnostic podologique initial et la

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

transmission au médecin traitant d'une fiche de synthèse au terme du traitement ou chaque année en cas de prolongation de soins, comprenant notamment : les résultats obtenus, des observations ou les difficultés rencontrées, et le cas échéant l'ajustement du diagnostic podologique et du projet thérapeutique.

A tout moment, notamment à la vue de la fiche de synthèse, le médecin peut intervenir, en concertation avec le pédicure-podologue, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou demander d'interrompre le traitement. Les éléments du bilan-diagnostic podologique et les fiches de synthèse sont tenus à la disposition du service du contrôle médical ou du patient à leur demande.

Chaque séance comporte a minima :

- un examen des pieds
- une éducation du patient
- une évaluation du chaussage
- la mise en place d'un chaussage adapté, si nécessaire.

Le bilan de gradation correspond à une séance telle que définie ci-dessus à laquelle s'ajoute la réalisation d'une gradation du risque podologique. La séance de soins de prévention du pied diabétique à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique est une séance telle que définie ci-dessus à laquelle s'ajoute des soins instrumentaux.

La séance avec bilan et soins pour prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique est une séance telle que définie ci-dessus à laquelle s'ajoutent la réalisation d'une gradation du risque podologique et des soins instrumentaux.

L'évaluation du pédicure-podologue, réalisée au cours de la première séance doit permettre d'établir, en tenant compte du projet du patient, le diagnostic podologique, les objectifs de la prise en charge thérapeutique préventive et éducative, le plan de soins et de choisir les actes et techniques les plus appropriés.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance de bilan de gradation du pied diabétique <i>Facturation limitée à une fois par an pour les grades 0 ou 1</i>	0,67	POD
Séance de soins de prévention du pied diabétique à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique	1	POD ou POT

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Séance avec bilan et soins pour de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 ou de grade 3 chez le patient diabétique, d'une durée de l'ordre de 45 minutes ne pouvant être inférieure à 30 minutes	1,17	POD
--	------	-----

Le pédicure-podologue justifiant d'un Diplôme d'Etat obtenu à compter du 1^{er} janvier 2010 est autorisé à facturer des séances de prévention.

Le pédicure-podologue ayant obtenu un Diplôme d'Etat avant le 1^{er} janvier 2010 peut facturer des séances de prévention s'il atteste d'au moins une des conditions suivantes :

- L'obtention d'un DU de diabétologie ;
- Le suivi d'une formation sur le thème du pied du patient diabétique comportant :
 - o une formation théorique d'au moins 2 jours, encadrée par une équipe multidisciplinaire d'animateurs et experts reconnus dans le domaine du pied du patient diabétique (contexte, enjeux, plaie diabétique et traitement)
 - o une formation pratique d'au moins 2 jours, sous la forme de stage dans des structures ou services référents dans la prise en charge multidisciplinaire de la pathologie du pied du patient diabétique (mise en application des mesures préventives, moyens de dépistage des patients à haut risque podologique, traitement local des ulcérations constituées et éducation thérapeutique) ;
- Une pratique professionnelle d'au moins six mois dans le cadre des réseaux ou dans un service de diabétologie.

Le suivi d'une formation sur le thème du pied du patient diabétique et la pratique professionnelle doivent faire l'objet d'une attestation délivrée selon le cas par le responsable de la formation, par le directeur du réseau ou par le responsable du service de diabétologie.

La facturation, le même jour, pour un même patient, de deux séances de prévention ou d'une séance de prévention et d'un acte du titre XII - chapitre II, article 3 n'est pas autorisée.

B. Actes de prévention du syndrome main-pied dans le cadre de certains traitements de chimiothérapie oraux ou thérapies ciblées (érythrodysesthésie palmo-plantaire)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

L'acte de prévention du syndrome main pied est pris en charge sur prescription d'un oncologue. Un compte rendu est adressé à l'oncologue et au médecin traitant du patient.

Seuls deux actes sont facturables au maximum par patient.

L'acte de prévention du syndrome main pied est :

- Soit un bilan de prévention avant une chimiothérapie et/ou avant une thérapie ciblée.

Ce bilan podologique porte sur les risques liés à l'hyperkératose (zones d'hyper appuis plantaires) et les atteintes unguéales et péri unguéales ou les paronychies préexistante. Il comprend des conseils et de l'éducation à la santé, la prescription éventuelle de topiques cutanées spécifiques ou d'un appareillage sur le pied ainsi que le traitement des zones d'hyperkératose préexistantes selon les recommandations en vigueur de la HAS.

- Soit une séance de soins pendant les semaines du traitement de chimiothérapie.

Cette séance comprend la prise en charge des hyperkératoses pendant les semaines de pause du traitement, la protection des zones d'appui ainsi que des conseils d'hygiène et d'éducation à la santé, de chaussage du pied.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Acte de prévention du syndrome main pied	48	AMP

TITRE XIII - DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

CHAPITRE II - ACTES DE THÉRAPEUTIQUE

(Modifié par décision UNCAM du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Délivrance à domicile d'un certificat d'internement	10	K	
Psychothérapie de groupe (accord préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de 3/4 d'heure			
- moins de 4 ou 5 malades, par malade	3	K	AP
- de 6 ou 8 malades, par malade	2	K	AP
- de 8 ou 9 malades, par malade	1,5	K	AP

TITRE XIV - ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Modifié par décisions UNCAM du 13/12/07, du 16/03/10 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins, du 20/12/11 pour les sages-femmes, du 09/02/12 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins (et les sages-femmes), du 31/03/15 et du 14/12/23, et du 21/01/26 pour les masseurs-kinésithérapeutes

Les actes de rééducation personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, présent au titre XIV, peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie lorsqu'ils font l'objet d'une prescription écrite du médecin (sauf dispositions législatives ou dispositions réglementaires dérogatoires) mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute (dérogation à l'article 5 des Dispositions générales). Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

La Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses d'assurance maladie correspondant à des situations médicales :

- a) pour les rééducations après libération du nerf médian au canal carpien, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débuter la rééducation. A celle-ci est jointe la prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes et motivant le caractère exceptionnel de ce traitement.
- b) pour les autres situations médicales soumises à référentiel, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes lorsqu'à titre exceptionnel une prolongation du traitement est nécessaire au-delà du nombre d'actes défini. A celle-ci est jointe une prescription accompagnée d'un argumentaire médical établi par le professionnel de santé réalisant les actes. Cet argumentaire apporte des précisions sur la non atteinte des objectifs de la rééducation, et sur la nécessité de poursuivre le traitement. Dans les cas où la prescription initiale comporterait un nombre de séances supérieur au seuil prévu par le référentiel, la demande d'accord préalable est faite dans les mêmes conditions.

Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 14-B des Dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manœuvres de massage, des actes de gymnastique médicale ou des techniques de physiothérapie. Sauf exceptions prévues dans le texte, ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.

À chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause.

Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

Il est possible d'effectuer deux séances le même jour à la condition d'avoir deux prescriptions distinctes, pour des affections en rapport avec des articles de la NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisés lors de deux séances distinctes facturées à taux plein par dérogation à l'article 11B de dispositions générales.

CHAPITRE I. - ACTES DE DIAGNOSTIC

Section 1. - ACTES ISOLÉS

(Modifié par décision UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Ces actes, effectués par le médecin ou par le masseur-kinésithérapeute sur prescription médicale, ne donnent lieu à facturation qu'en l'absence de traitement de rééducation ou de réadaptation fonctionnelles en cours ou de prescription concomitante d'un tel traitement.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :		
pour un membre	5	AMK
pour deux membres ou un membre et le tronc	8,5	AMK
pour tout le corps	10	AMK
Ce bilan doit préciser l'état orthopédique du malade ou du blessé et notamment : - l'essentiel des déformations constatées ; - le degré de liberté de ses articulations avec mesures ; - éventuellement, la dimension des segments des membres, etc. Il peut être appuyé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.		
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques :		
pour un membre	5	AMK
pour deux membres	10	AMK
pour tout le corps	20	AMK
Bilan de repérage de la fragilité de la personne âgée de 70 ans ou plus Ce bilan, conforme au programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé, peut être réalisé à l'initiative du masseur-kinésithérapeute à l'occasion d'une prise en charge d'un de ses patients. Un compte rendu de l'acte de repérage doit être obligatoirement adressé au médecin traitant ou, le cas échéant, au médecin prescripteur. Le masseur-kinésithérapeute doit être en capacité de réaliser le dépistage conformément au programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé.	10	AMK

Section 2 - BILAN-DIAGNOSTIC KINÉSITHÉRAPIQUE EFFECTUÉ PAR LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III.

1. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique

- a. Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur.
Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :
 - l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ;
 - l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...).

Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés.

- b. Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :
 - la description du protocole thérapeutique mis en oeuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;
 - la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;
 - les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;
 - les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;
 - les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...).

2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.

Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'accord préalable.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. Une nouvelle demande d'accord préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche.

À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

3. Modalités de rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique

(Modifié par décision UNCAM du 16/04/18 et du 14/12/23 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
La cotation du bilan est forfaitaire.		
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30 ^e séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous.	10,7	AMK
Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60 ^e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances réalisées pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.	10,8	AMK

CHAPITRE II - TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Article 1 - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques

(Modifié par les décisions UNCAM du 03/04/07 du 14/12/23 du 28/06/24 et du 11/03/26 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Les cotations afférentes aux actes de cet article comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.

A-Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du rachis (hors déviations latérales ou sagittales du rachis de l'article 1 E.)

La cotation est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en charge dans les 12 mois précédents	8,09	RAM
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel		
- sans chirurgie	8,11	RAM
- avec chirurgie	8,09	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis dorsal		
- sans chirurgie	8,10	RAM
- avec chirurgie	8,08	RAO
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 15 séances pour une série d'actes - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance ou à partir de la 31ème séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents	8,07	RAM
Rééducation dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique Acte soumis à référentiel avec :	8,08	RAM

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- en traitement habituel de 1 à 10 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance		
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis cervical (hors référentiel)		
- sans chirurgie	8,12	RAM
- avec chirurgie	8,10	RAO
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis		
- sans chirurgie	8,13	RAM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8,11	RAO

B - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre supérieur et de sa racine (hors amputations - l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation après libération du nerf médian au canal carpien <i>Acte soumis à référentiel : un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement (situation médicale ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation)</i>	8,09	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main (hors référentiel)		
- non opérée	8,10	VSM
- opérée	8,11	VSC
Rééducation des conséquences d'une fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 25 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance		
- non opérée	8,11	RSM
- opérée	8,10	RSC

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 30 séances pour une série d'actes - nécessité d'un accord préalable à partir de la 31ème séance		
- non opérée	8,12	RSM
- opérée	8,12	RSC
Rééducation des conséquences d'une affection du coude ou de l'avant-bras (hors référentiel)		
- non opérée	8,09	VSM
- opérée	8,09	VSC
Rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 25 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance	8,09	RSM
Rééducation après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct Acte soumis à référentiel avec : - en traitement habituel de 1 à 50 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 51ème séance Ces 50 séances couvrent la rééducation postopératoire initiale correspondant à la phase de cicatrisation et visant à maintenir une mobilité passive (environ 6 semaines) et la rééducation postopératoire secondaire visant à restaurer la mobilité active et la force musculaire (environ 3 mois).	8,11	RSC
Rééducation des conséquences d'une fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus Acte soumis à référentiel avec - en traitement habituel de 1 à 30 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 31ème séance	8,10	RSM
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras (hors référentiel)		

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- non opérée	8,08	VSM
- opérée	8,10	VSC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre supérieur		
- sans chirurgie	8,11	VSM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8,12	VSC

C - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques du membre inférieur et de sa racine (hors amputations de l'article 1 F)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied		
- opérée	8,11	RIC
- non opérée <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 10 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 11ème séance	8,10	RIM
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied (hors référentiel)		
- non opérée	8,10	VIM
- opérée	8,11	VIC
Rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> - en traitement habituel de 1 à 25 séances - nécessité d'un accord préalable à partir de la 26ème séance	8,12	RIC

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou <i>Acte soumis à référentiel avec</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 40 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 41ème séance</i>	8,08	RIC
Rééducation après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 15 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance</i>	8,09	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe (hors référentiel)		
- non opérée	8,11	VIM
- opérée	8,10	VIC
Rééducation après arthroplastie de hanche par prothèse totale <i>Acte soumis à référentiel avec :</i> <i>- en traitement habituel de 1 à 15 séances</i> <i>- nécessité d'un accord préalable à partir de la 16ème séance</i>	8,10	RIC
Rééducation des conséquences d'une affection de la hanche ou de la cuisse (hors référentiel)		
- non opérée	8,09	VIM
- opérée	8,09	VIC
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux segments du même membre inférieur		
- sans chirurgie	8,12	VIM
- avec chirurgie sur au moins un segment	8,12	VIC

D - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)		
- sans chirurgie	9,79	TER
- avec chirurgie sur au moins un territoire	9,81	TER

E- Rééducation pour déviation latérale ou sagittale du rachis (personnes de moins de 18 ans)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation pour déviation du Rachis lombo-sacré	8,09	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis dorsal	8,08	DRA
Rééducation pour déviation du Rachis cervical	8,11	DRA
Rééducation pour déviation portant sur au moins deux segments rachis	8,10	DRA

F- Rééducation et réadaptation après amputation de tout ou partie des membres, y compris l'adaptation à l'appareillage

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation après amputation d'un membre supérieur	8,11	APM
Rééducation après amputation d'un membre inférieur	8,10	APM
Rééducation après amputation d'au moins 2 membres	9,80	APM

Article 2 - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires

(Modifié par décision UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
-----------------------	-------------	------------

Version en vigueur du 01/09/2026

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)		
atteinte localisée à un membre ou le tronc	8	NMI
atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,01	NMI

Article 3 - Rééducation de la paroi abdominale

(Modifié par décision UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire <i>Inclut la rééducation abdominale post-césarienne</i>	8,01	RAB
Rééducation abdominale du post-partum	8	RAB

Article 4 - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires

(Modifié par décision UNCAM du 27/04/06 ,07/05/19 et du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes et du 04/07/06 pour les médecins)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :		
atteintes localisées à un membre ou à la face	8,5	NMI
atteintes intéressant plusieurs membres	11,01	NMI
Rééducation de l'hémiplégie	9	NMI
Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	12,01	NMI

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie, notamment les affections neurodégénératives		
- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8,51	NMI
- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	11	NMI
Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.		
Rééducation des malades atteints de myopathie	11,99	NMI
Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile, du stade initial aux conséquences à l'âge adulte	12	NMI
Rééducation des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap Cet acte s'intègre au parcours de rééducation et de réadaptation des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale (formation adaptée, objectifs de rééducation...). La prescription initiale de cet acte doit émaner de l'établissement ou du service sanitaire ou médico-social coordonnant le parcours de soins du patient. Les séances d'une durée de l'ordre de 30 minutes sont à adapter aux capacités physiques de l'enfant et au rythme des autres prises en charge.	16	TER

Article 5 - Rééducation des conséquences des affections respiratoires

(Modifié par les décisions UNCAM du 22/05/12, du 16/04/18, du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique). Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour et la durée est adaptée en fonction de la situation clinique.	8,49	ARL

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8,5	ARL
Rééducation respiratoire préopératoire ou post-opératoire	8,51	ARL
Prise en charge kinésithérapique respiratoire du patient atteint de mucoviscidose. Comprenant : - la kinésithérapie respiratoire de ventilation et de désencombrement, - la réadaptation à l'effort, - l'apprentissage de l'aérosolthérapie, des méthodes d'autodrainage bronchique, des signes d'alertes respiratoires. La fréquence des séances de kinésithérapie dépend de l'âge et de l'état clinique du patient pouvant aller jusqu'à 2 séances par jour en cas d'encombrement important ou d'exacerbation	10	ARL
Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée ARL 10.		
Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle Comprenant : - kinésithérapie respiratoire ; - réentrainement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur. Conditions de facturation : Prise en charge par l'Assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.	28	ARL
Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique en prise en charge de groupe de 2 à 4 personnes avec rééducation respiratoire en	20	ARL

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

individuel Comprenant : - kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle ; - réentraînement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. Conditions d'exécution et contre-indications conformes aux avis de la Haute Autorité de santé en vigueur. Conditions de facturation : Prise en charge par l'assurance maladie pour Affection de Longue Durée « ALD » pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.		
--	--	--

Article 6 - Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques (Modifié par décision UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7,99	ARL
Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	8	ARL
Rééducation des troubles de la déglutition isolés	8,01	ARL

Article 7 - Rééducation des conséquences des affections vasculaires (Modifié par décision UNCAM du 31 mars 2015, 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	8,01	RAV
Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	7,99	RAV
Rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel :		
pour un membre ou pour le cou et la face	8	RAV
pour deux membres	9	RAV
Rééducation pour un lymphoedème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphoedème	15,5	RAV
INDICATIONS : Phase intensive du traitement du lymphoedème sous réserve de l'existence des critères suivants : - différence de circonférence de plus de 2 cm à un niveau au moins du membre atteint par rapport au membre controlatéral, - asymétrie des amplitudes passives entre les 2 épaules, survenue ou aggravée après traitement du cancer du sein, - compliance à l'ensemble du traitement nécessairement associé au DLM (bandages), - répercussion fonctionnelle importante (perte d'autonomie) due au lymphoedème et à la raideur de l'épaule NON-INDICATIONS La phase d'entretien du traitement et les soins palliatifs CONTRE-INDICATIONS : - les pathologies aiguës loco-régionales du membre supérieur concerné non diagnostiquées ou traitées		

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- l'insuffisance cardiaque décompensée - les tumeurs malignes non traitées - l'hyperalgie de l'épaule - la présence d'une chambre implantable du côté opéré en sous claviculaire - la présence de matériel d'ostéosynthèse sous-cutané avec une partie externe, au niveau du membre supérieur à traiter La durée de ces séances est de l'ordre de 60 mn. Elles comprennent des soins d'hygiène de la peau, la rééducation de l'épaule, le drainage lymphatique manuel et la pose de bandages. Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK. Source: rapport d'évaluation de la HAS sur la prise en charge masso-kinésithérapique d'un lymphoedème et d'une raideur de l'épaule après traitement d'un cancer du sein – décembre 2012 La cotation de l'acte tient compte du bandage, et celui-ci ne peut pas faire l'objet d'un supplément pour bandage multicouche.		
Supplément pour bandage multicouche :		
un membre	1	RAV
deux membres	2	RAV

Article 8 - Rééducation des conséquences des affections périnéosphinctériennes

(Modifié par décision UNCAM du 27/04/06 ,07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes ; du 04/07/06 pour les médecins ; du 20/12/11 et du 06/11/18 pour les sages-femmes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
-----------------------	-------------	------------	----

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	8,5	RAB	
	7,5	SF	

Article 9 - Rééducation de la déambulation du sujet âgé

(Modifié par les décisions UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	8,5	RPE

Article 10 - Rééducation des patients atteints de brûlures

(Modifié par les décisions UNCAM du 07/05/19, du 27/05/2021 et du 14/12/2023 pour les masseurs-kinésithérapeutes)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.		
Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	8	RPB
Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9	RPB

Article 11 -Soins palliatifs

(Modifié par la décision UNCAM du 14/12/2023)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prise en charge, dans le cadre des soins palliatifs, comportant les actes nécessaires en fonction des situations cliniques (mobilisation, massage, drainage bronchique...), cotation journalière forfaitaire quel que soit le nombre d'interventions	12	PLL

CHAPITRE III - MODALITÉS PARTICULIÈRES DE CONDUITE DU TRAITEMENT

Article 1 -Traitements de groupe

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.

Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

Article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients

Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée.

La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

CHAPITRE IV – DIVERS

(Modifié par la décision UNCAM du 14/12/2023)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Kinébalnéothérapie.		
Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément		
- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m)	2,5	AMK
- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m)	3,5	AMK

CHAPITRE V : RÉÉDUCTIONS SOUMISES À RÉFÉRENTIEL abrogé par [décision UNCAM du 14/12/2023](#)

TITRE XV – ACTES DIVERS

CHAPITRE IV - CURES THERMALES

Article 1 : abrogé par [arrêté du 22 septembre 2003 portant modification du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale](#)

Article 2 - Honoraires de surveillance médicale (Modifié par [décision UNCAM du 25/09/13 et 29/10/2024](#))

Conformément aux dispositions de [l'arrêté du 08/06/1960](#) relatif au remboursement, au titre de l'Assurance Maladie, des honoraires de surveillance médicale des cures thermales et des frais de traitement dans les établissements thermaux, les honoraires dus aux médecins pour la surveillance des cures thermales sont calculés sous la forme d'un forfait, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celle des lettres clés visées à l'article 2 de la présente Nomenclature.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Sous réserve des exceptions prévues à l'article 3 ci-après, le forfait de surveillance médicale des cures thermales rémunère tous les actes accomplis y compris les 3 consultations minimum requises pour une cure complète et se rapportant directement à l'affection ayant provoqué la cure. Il peut être facturé au maximum trois fois par patient quel que soit le nombre de médecins intervenants.

Cas particulier

Lorsque deux orientations thérapeutiques sont traitées par deux médecins : le praticien surveillant l'orientation principale est rémunéré par le forfait STH et le praticien surveillant l'orientation secondaire, par le forfait THR.

Lorsque le médecin généraliste assure seul la surveillance de 2 orientations thérapeutiques, il a la possibilité de coter un forfait STH et un THR (dont la valeur correspond à 0,5 STH).

Quel que soit le nombre de consultations réalisées, la rédaction d'un document destiné au médecin prescripteur devra être réalisée à l'issue de la cure.

Cette fiche de liaison du médecin thermal au médecin prescripteur de la cure comporte les principaux éléments suivants :

- identification du médecin thermal, de l'établissement thermal, du médecin prescripteur et du curiste ;
- dénomination du traitement thermal : 1ère et 2e orientations thérapeutiques ;
- déroulement de la cure : pratiques médicales complémentaires, éventuels problèmes survenus durant la cure, traitements non thermaux prescrits ;
- conclusion de fin de cure : proposition diagnostique et thérapeutique.

Ce document retraçant l'évolution de la cure est tenu à la disposition du patient et du service médical, à sa demande.

Article 3 - Pratiques médicales complémentaires

Le tableau ci-après indique les pratiques médicales thermales qui, lorsqu'elles sont effectuées dans certaines stations limitativement énumérées et pour l'orientation thérapeutique précisée, donnent droit à un honoraire spécial s'ajoutant au forfait visé à l'article 2 :

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Pratiques médicales complémentaires et orientations thérapeutiques	Honoraires par séance
Douches filiformes : dermatologie et affection des muqueuses buccolinguales, à l'exclusion des parodontopathies isolées, traitement des parodontopathies en complément d'une orientation thérapeutique autre que l'affection des muqueuses buccolinguales.	2 avec un maximum de 18 séances.
Douches médicales : thérapeutiques des affections psychosomatiques	1,5 avec un maximum de 21 séances
Insufflations de trompe : voies respiratoires	1,5 avec un maximum de 15 séances
Douches pharyngiennes : voies respiratoires	1 avec un maximum de 18 séances
Injection de gaz thermaux : maladies cardioartérielles, rhumatologie et séquelles de traumatismes ostéoarticulaires.	1,5 avec un maximum de 18 séances
Drainage manuel de stases veineuses dans le bain : phlébologie	1,5 avec un maximum de 12 séances
Méthode déplacement de Proëtz : voies respiratoires	3 avec un maximum de 10 séances
Columnisation du vagin : gynécologie	2 avec un maximum de 10 séances
(1) arrêté du 28-08-1990 (2) arrêté du 29-06-1992 (3) arrêté du 16-05-1994 (4) arrêté du 12-01-1999	

Article 4 – Stations thermales pour lesquelles une prise en charge peut être accordée

Les orientations thérapeutiques sont indiquées par ordre décroissant d'importance (article 1er de l'arrêté du 06-04-1981 paru au Journal Officiel des 01-05-1981 et 02-05-1981).

La prise en charge peut être accordée pour les stations inscrites sur la présente liste, sous réserve que la station thermale soit autorisée à utiliser une eau minérale à des fins thérapeutiques dans un établissement thermal (L1322-1 du CSP) et que l'établissement thermal entre dans le champ d'application de la convention nationale thermale approuvée par arrêté du 01-04-2003 (Journal Officiel du 23-04-2003).

Stations thermales	Orientations thérapeutiques
--------------------	-----------------------------

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

AIX-LES-BAINS (73)	<i>Thermes Nationaux</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes de Marlioz</i>	Voies respiratoires (VR) et Affections bucco-linguales (AMB)
ALLEVARD-LES-BAINS (38)	<i>Thermes d'Allevard-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
AMÉLIE-LES-BAINS (66)	<i>Thermes d'Amélie-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
AMNÉVILLE (57)	<i>Amnéville-les-Thermes</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
ARGELÈS-GAZOST (65)	<i>Thermes d'Argelès-Gazost</i>	Phlébologie (PHL) et Voies respiratoires (VR)
AULUS-LES-BAINS (09)	<i>Thermes d'Aulus-les-Bains</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU) et Rhumatologie (RH)
AVÈNE-LES-BAINS (34)	<i>Thermes d'Avène-les-Bains</i>	Dermatologie (DER) et Affections bucco-linguales (AMB)
AX-LES-THERMES (09)	<i>Thermes Le Teich</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
	<i>Thermes Le Modèle</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
BAGNÈRES-DE-BIGORRE (65)	<i>Les Grands Thermes</i>	Rhumatologie (RH), Voies respiratoires (VR) et Affections psychosomatiques (PSY)
	<i>Thermes de la Reine</i>	Rhumatologie (RH) et Affections psychosomatiques (PSY)
BAGNOLES-DE-L'ORNE (61)	<i>Thermes de Bagnoles-de-l'Orne</i>	Phlébologie (PHL), Gynécologie (GYN) et Rhumatologie (RH)
BAGNOLS-LES-BAINS (48)	<i>Thermes de Bagnols-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
BAINS-LES-BAINS (88)	<i>Thermes de Bains-les-Bains</i>	Maladies cardio-artérielles (MCA) + Rhumatologie (RH)
BALARUC-LES-BAINS (34)	<i>Thermes de Balaruc-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
BARBOTAN-LES-THERMES (32)	<i>Thermes de Barbotan-les-Thermes</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
BARÈGES-SERS (65)	<i>Thermes de Barèges-Sers-Barzun</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
BEAUCENS (65)	<i>Thermes de Beaucens</i>	Rhumatologie (RH)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

BERTHEMONT-LES-BAINS (06)	<i>Thermes de Berthemont-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
BOULOU (LE) (66)	<i>Thermes du Boulou</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Maladies cardio-artérielles (MCA)
BOURBON L'ARCHAMBAULT (03)	<i>Thermes de Bourbon l'Archambault</i>	Rhumatologie (RH) et Gynécologie (GYN)
BOURBON-LANCY (71)	<i>Thermes de Bourbon-Lancy</i>	Rhumatologie (RH) et Maladies cardio-artérielles (MCA)
BOURBONNE LES BAINS (52)	<i>Thermes de Bourbonne-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
BOURBOULE (LA) (63)	<i>Régie des Grands Thermes</i>	Voies respiratoires (VR), Dermatologie (DER), Affections bucco-linguales (AMB) et Troubles du développement chez l'enfant (TDE)
	<i>Thermes Choussy</i>	Voies respiratoires (VR), Dermatologie (DER), Affections bucco-linguales (AMB) et Troubles du développement chez l'enfant (TDE)
BRIDES-LES-BAINS (73)	<i>Thermes de Brides-les-Bains</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
CAMBO-LES-BAINS (64)	<i>Thermes de Cambo-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
CAMOINS LES BAINS (13)	<i>Thermes de Camoins-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
CAPVERN-LES-BAINS (65)	<i>Thermes Hount Caoute</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU), Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
	<i>Thermes de Bouride</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU), Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
CASTELJALOUX (47)	<i>Thermes de Casteljalous</i>	Rhumatologie (RH)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

CASTERA-VERDUZAN (32)	<i>Thermes de Castera-Verduzan</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD), Affections bucco-linguales (AMB) et Rhumatologie (RH)
CAUTERETS (65)	<i>Thermes de César</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
	<i>Thermes des Griffons</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
CHALDETTE (LA) (48)	<i>Thermes de La Chaldettes</i>	Voies respiratoires (VR) et Affections digestives et maladies métaboliques (AD)
CHALLES-LES-EAUX (73)	<i>Thermes de Challes-les-Eaux</i>	Voies respiratoires (VR) et Gynécologie (GYN)
CHÂTEAUNEUF-LES-BAINS (63)	<i>Thermes de Châteauneuf-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH)
CHATEL-GUYON (63)	<i>Thermes de Châtel-Guyon</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD), Affections urinaires et maladies métaboliques (AU) et Rhumatologie (RH)
CHAUDES-AIGUES (15)	<i>Thermes de Chaudes-Aigues</i>	Rhumatologie (RH)
CILAOS (97)	<i>Thermes de Cilaos</i>	Rhumatologie (RH) et Affections digestives et maladies métaboliques (AD)
CONTREXÉVILLE (88)	<i>Thermes de Contrexéville</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU), Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
CRANSAC-LES-THERMES (12)	<i>Thermes de Cransac</i>	Rhumatologie (RH)
DAX (40)	<i>Dax O'Thermes</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Dax Adour</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Grand Hôtel</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes Régina</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes des Arènes</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes de l'Avenue</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes Bérot</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes Borda</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes Les Ecureuils</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes Foch</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

	<i>Bains Sarrailh</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Bains Saint Pierre</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Dax Côte d'Argent</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Les Thermes</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
DIGNE-LES-BAINS (04)	<i>Thermes de Digne-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
DIVONNE-LES-BAINS (01)	<i>Thermes de Divonne-les-Bains</i>	Affections psychosomatiques (PSY) et Rhumatologie (RH)
EAUX-BONNES (LES) (64)	<i>Thermes des Eaux-Bonnes</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
EAUX-CHAUDES (LES) (64)	<i>Thermes les Eaux-Chaudes</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
ENGHIEN-LES-BAINS (95)	<i>Thermes d'Enghien-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR)
EUGÉNIE-LES-BAINS (40)	<i>Thermes d'Eugénie-les-Bains</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU) et Rhumatologie (RH)
ÉVAUX-LES-BAINS (23)	<i>Thermes d'Évaux-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH), Gynécologie (GYN) et Phlébologie (PHL)
ÉVIAN-LES-BAINS (74)	<i>Évian-les-Thermes</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU), Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
FUMADES-LES-BAINS (LES) (30)	<i>Thermes des Fumades-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR), Dermatologie (DER), Affections bucco-linguales (AMB) et Rhumatologie (RH)
GRÉOUX-LES-BAINS (04)	<i>Thermes de Gréoux-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
JONZAC (17)	<i>Thermes de Jonzac</i>	Rhumatologie (RH), Voies respiratoires (VR) et Phlébologie (PHL)
LAMALOU-LES-BAINS (34)	<i>Thermes de Lamalou-les-Bains</i>	Neurologie (NEU) et Rhumatologie (RH)
LA LÉCHÈRE (73)	<i>Thermes de La Léchère</i>	Phlébologie (PHL), Gynécologie (GYN) et Rhumatologie (RH)
LECTOURE (32)	<i>Thermes de Lectoure</i>	Rhumatologie (RH)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

LONS-LE-SAUNIER (39)	<i>Thermes de Lons-le-Saunier</i>	Troubles du développement chez l'enfant (TDE) et Rhumatologie (RH)
LUCHON (31)	<i>Thermes de Luchon</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
LUXEUIL-LES-BAINS (70)	<i>Thermes de Luxeuil-les-Bains</i>	Gynécologie (GYN), Phlébologie (PHL) et Rhumatologie (RH)
LUZ-SAINT-SAUVEUR (65)	<i>Thermes de Lux-Saint-Sauveur</i>	Phlébologie (PHL), Voies respiratoires (VR) et Gynécologie (GYN)
MOLITG-LES-BAINS (66)	<i>Thermes de Molitg-les-Bains</i>	Dermatologie (DER), Affections bucco-linguales (AMB), Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
MONT-DORE (LE) (63)	<i>Thermes du Mont-Dore</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
MONTBRUN-LES-BAINS (26)	<i>Thermes de Montbrun-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
MONTROND-LES-BAINS (42)	<i>Thermes de Montrond-les-Bains</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
MORSBRONN-LES-BAINS (67)	<i>Thermes de Morsbronn-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH)
NANCY (54)	<i>Nancy Thermal</i>	Rhumatologie (RH)
NÉRIS-LES-BAINS (03)	<i>Thermes de Nérès-les-Bains</i>	Affections psychosomatiques (PSY), Neurologie (NEU) et Rhumatologie (RH)
NEYRAC-LES-BAINS (07)	<i>Thermes de Neyrac-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Dermatologie (DER)
NIEDERBRONN-LES-BAINS (67)	<i>Thermes de Niederbronn-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH)
PIETRAPOLA-LES-BAINS (20)	<i>Thermes de Pietrapola-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH)
PLOMBIÈRES-LES-BAINS (88)	<i>Thermes de Plombières-les-Bains</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
PRÉCHACQ-LES-BAINS (40)	<i>Thermes de Préchacq-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
PRESTE (LA)-LES-BAINS (66)	<i>Thermes de La Preste-les-Bains</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU) et Rhumatologie (RH)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

RENNES-LES-BAINS (11)	<i>Thermes de Rennes-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH)
ROCHE-POSAY (LA) (86)	<i>Thermes Saint-Roch</i>	Dermatologie (DER) et Affections bucco-linguales (AMB)
	<i>Thermes du Connétable</i>	Dermatologie (DER) et Affections bucco-linguales (AMB)
ROCHEFORT (17)	<i>Thermes de Rochefort</i>	Rhumatologie (RH), Dermatologie (DER), Affections bucco-linguales (AMB) et Phlébologie (PHL)
ROYAT (63)	<i>Thermes de Royat</i>	Maladies cardio-artérielles (MCA) et Rhumatologie (RH)
SAINT-AMAND-LES-EAUX (59)	<i>Thermes de Saint-Amand-les-Eaux</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
SAINT-GERVAIS-LES-BAINS (74)	<i>Thermes de Saint-Gervais-les-Bains</i>	Dermatologie (DER), Affections bucco-linguales (AMB) et Voies respiratoires (VR)
SAINT-HONORÉ-LES-BAINS (58)	<i>Thermes de Saint-Honoré-les-Bains</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
SAINT-LARY-SOULAN (65)	<i>Thermes de Saint-Lary-Soulan</i>	Voies respiratoires (VR) et Rhumatologie (RH)
SAINT-LAURENT-LES-BAINS (07)	<i>Thermes de Saint-Laurent-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH)
SAINT-PAUL-LES-DAX (40)	<i>Thermes Christus</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes de Sourcéo</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
	<i>Thermes des Chênes</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)
SALIES-DE-BÉARN (64)	<i>Thermes de Salies-de-Béarn</i>	Rhumatologie (RH), Gynécologie (GYN) et Troubles du développement chez l'enfant (TDE)
SALIES-DU-SALAT (31)	<i>Thermes de Salies-du-Salat</i>	Rhumatologie (RH), Gynécologie (GYN) et Troubles du développement chez l'enfant (TDE)
SALINS-LES-BAINS (39)	<i>Thermes de Salins-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH), Gynécologie (GYN) et Troubles du développement chez l'enfant (TDE)
SANTENAY-LES-BAINS (21)	<i>Thermes de Santenay-les-Bains</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
SAUBUSSE-LES-BAINS (40)	<i>Thermes de Saubusse-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Phlébologie (PHL)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

SAUJON (17)	<i>Thermes de Saujon</i>	Affections psychosomatiques (PSY)
THONON-LES-BAINS (74)	<i>Thermes de Thonon-les-Bains</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU), Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
URIAGE-LES-BAINS (38)	<i>Thermes d'Uriage-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH), Dermatologie (DER), Affections bucco-linguales (AMB) et Voies respiratoires (VR)
USSAT-LES-BAINS (09)	<i>Thermes d'Ussat-les-Bains</i>	Neurologie (NEU), Gynécologie (GYN), Affections psychosomatiques (PSY) et Rhumatologie (RH)
VALS-LES-BAINS (07)	<i>Thermes de Vals-les-Bains</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
VERNET-LES-BAINS (66)	<i>Thermes de Vernet-les-Bains</i>	Rhumatologie (RH) et Voies respiratoires (VR)
VICHY (03)	<i>Thermes des Dômes</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
	<i>Thermes Callou</i>	Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)
VITTEL (88)	<i>Thermes de Vittel</i>	Affections urinaires et maladies métaboliques (AU), Affections digestives et maladies métaboliques (AD) et Rhumatologie (RH)

RH	Rhumatologie
VR	Voies respiratoires
MCA	Maladies cardio-artérielles
PHL	Phlébologie
NEU	Neurologie
PSY	Affections psychosomatiques
AU	Affections urinaires et maladies métaboliques
GYN	Gynécologie
AD	Affections digestives et maladies métaboliques

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

TDE	Troubles du développement chez l'enfant
DER	Dermatologie
AMB	Affections des muqueuses bucco-linguales

CHAPITRE V - ACTES UTILISANT LES AGENTS PHYSIQUES - abrogé par la [décision UNCAM du 14/12/23](#)

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

PARTIE I – SOINS INFIRMIERS

(Créé par décision UNCAM du 08/02/23)

CHAPITRE I - SOINS DE PRATIQUE COURANTE

Article 1er - Prélèvements et injections

(Modifié par décisions UNCAM du 08/10/08, du 18/07/19 et du 13/01/22 et par décret n°2018-805 du 25/09/18)

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales	1,5	AMI ou AMX
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	SFI
Saignée	5	AMI ou SFI
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI
Injection intramusculaire	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection intradermique	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI
Injection d'un implant souscutané	2,5	AMI ou SFI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI
Vaccination avec prescription médicale ou lorsque le vaccin ne nécessite pas de prescription	2,4	AMI ou

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

		AMX
Vaccination sans prescription médicale	3,05	AMI ou AMX

Article 2 - Pansements courants

(Modifié par décision UNCAM du 18/07/19, du 13/01/22 et du 02/06/26)

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, une prescription médicale de réalisation de pansement qui indique : la mention « jusqu'à cicatrisation » ou toute autre mention ayant le même sens, est acceptable pour une durée de soins de trois mois maximum.

Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser la durée dans sa prescription, qui s'impose alors à l'infirmier.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales.	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un même membre ou sur les 2 membres), deux	3	AMI

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

actes au plus peuvent être facturés.		
Autre pansement	2	SFI
Pansement de plaie(s) non chirurgicale(s) (ulcère, escarre, plaie chronique ou aiguë non chirurgicale)	2,02	AMI
Pansement de plaie(s) chirurgicale(s) simple(s)	2,02	AMI

Article 3 - Pansements lourds et complexes

(Modifié par décision UNCAM du 18/07/19, du 13/01/22 et du 02/06/26)

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, une prescription médicale de réalisation de pansement qui indique : la mention « jusqu'à cicatrisation » ou toute autre mention ayant le même sens, est acceptable pour une durée de soins de trois mois maximum.

Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser la durée dans sa prescription, qui s'impose alors à l'infirmier.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en	11	AMI ou AMX

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.		
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm²	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX
Analgsie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgsie la mise en attente. L'analgsie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continus, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation. Lorsque l'analgsie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,1	AMI ou AMX
Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient. Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit. Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.	4,6	AMI ou AMX
Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par	2,1	AMI ou

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir. Indications médicales selon les recommandations HAS.		AMX
--	--	-----

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose de sonde gastrique	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4	AMI ou SFI

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'aérosol	1,5	AMI ou SFI
Lavage d'un sinus	2	AMI ou SFI

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

(Modifié par décision UNCAM du 29 septembre 2020)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI
Retrait de sonde urinaire	2	AMI

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25	AMI ou SFI
Lavement évacuateur ou médicamenteux	3	AMI ou SFI
Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3	AMI ou SFI

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25	AMI ou SFI
Réalisation de test tuberculinique	0,5	AMI ou SFI
Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1	AMI ou SFI

Article 9 – Perfusions -supprimé par [décision UNCAM du 21/07/14](#)

Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile

(Modifié par décision UNCAM du 18/07/19, du 29/09/20 et du 02/06/26)

Au cours d'une même séance, les actes de surveillance facturés en AMI du présent article ne sont pas cumulables entre eux.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance de la prise médicamenteuse au domicile (1) des patients présentant des troubles neurologiques, psychiatriques, cognitifs, sensoriels ou moteurs rendant impossible l'auto-administration des traitements avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage. Les voies d'administration suivantes sont concernées : oral, ophtalmique, auriculaire, nasale, cutanée, vaginale et rectale. Cet acte est facturable une seule fois par passage, quel que soit le nombre de médicaments administrés ou le nombre de voies d'administration utilisées. Ne peuvent donner lieu à facturation les actes d'administration de médicaments que lorsqu'au moins un des médicaments administrés est remboursable par l'Assurance Maladie.	1,2	AMI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1	SFI	
Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, avec un retour écrit au médecin. Trois séances incluant chacune : - prise de contact, - mise en œuvre, - évaluation et compte rendu, sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants : - Surveillance : relevé d'éléments cliniques objectifs : pouls, TA... - Observation : relevé d'éléments cliniques « subjectifs » : plainte, comportement... - Vérification de la : - o compréhension de ou des ordonnances par le patient et/ou son entourage, recherche de coprescripteurs, - o préparation du pilulier selon la ou les prescriptions en cours, - o prise médicamenteuse et selon contrainte horaire, par rapport aux repas, selon aliments..., - o gestion du stock médicamenteux selon le ou les prescripteurs (accumulation de médicaments, recherche d'automédication / médicaments autres), - Recherche de motifs de non prise des médicaments ou des modifications de posologie / recherche d'effet secondaire, - Recueil des éléments du contexte social pouvant retentir sur l'observance,	Séance initiale 5,1, 2ème et 3ème séance 4,6	AMI	

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

- Recherche des éléments explicatifs d'une non observance en cours de traitement selon demande précise du médecin, - Retour au médecin prescripteur et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur. Les autres actes inscrits à l'article 10 peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement. Au cours de la même séance, l'acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec les autres actes de cet article.			
--	--	--	--

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre abrogé par la [décision UNCAM du 02/06/26](#)

Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente
(Créé par décision UNCAM du 18/07/19 et modifié par décision UNCAM du 13/01/22 et du 08/02/23)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
I. Élaboration du bilan de soins infirmiers (BSI) à domicile nécessaire à la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie			
Pour un même patient :			
- le bilan initial est coté	2,5	DI	
- les bilans de renouvellement réalisés à échéance des 12 mois sont cotés - les bilans intermédiaires éventuels (2 au maximum dans les 12 mois) en cas de situation clinique évolutive du patient impactant de façon substantielle sa prise en charge infirmière, sont cotés Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, la prise en charge d'un BSI intermédiaire ne nécessite pas de nouvelle prescription, sa facturation est rattachée à la dernière prescription médicale datant de moins de 1 an pour réalisation d'un BSI.	1,2	DI	
La cotation du bilan de soins infirmiers (BSI) inclut :			
Le BSI comporte 3 volets dématérialisés définis selon les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance Maladie.			

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Un volet administratif : identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial, de renouvellement ou intermédiaire), date de réalisation du BSI, date de prescription et consentement du patient. Un volet médical comprenant notamment: - les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ; - l'énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d'eux ; - les autres risques présentés par le patient ; - l'objectif global de soins et la prescription des interventions infirmières. Un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : nombre de passages par jour, prévu en situation habituelle, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'art.23.3 des Dispositions générales). Le BSI fait l'objet d'un échange avec le médecin prescripteur, en lien avec le médecin traitant via le téléservice BSI. Le BSI est automatiquement clôturé dans un délai de 5 jours en l'absence de réponse du médecin prescripteur.			
II. Les soins sont réalisés dans le cadre de forfaits, définis à l'article 23.3 des dispositions générales, différents selon la charge en soins des patients : - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC).			

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

La prise en charge de la dépendance comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne. Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la journée. La cotation forfaitaire inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la ou des séance(s) d'une même journée, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle. Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant. Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, il est possible de coter à taux plein dans le cadre de forfait : - une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3, 4 et 5 du présent titre ; - ou un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre); - ou une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre; - ou un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre. En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se			
--	--	--	--

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

cumuler, à 50% de son coefficient, dans le cadre de forfait : - injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1er et chapitre II article 4 du présent titre) ; - injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre). La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.			
--	--	--	--

Article 13 – Grade à domicile abrogé par la **décision UNCAM du 02/06/26**

Article 14 – Actes de surveillance à distance

(Créé par décision UNCAM du 08/02/23)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Acte de surveillance à distance (télésoin avec vidéotransmission) d'un pansement 4 actes au maximum peuvent être facturés par mois et par patient sous réserve qu'un pansement préalable ait été réalisé pour cet épisode de soins en présence du patient. L'acte de surveillance de pansement ne peut être facturé avec un acte de pansement le même jour. <i>Commentaire hors décision : le code TMI doit être utilisé à la place d'AMI</i>	1,6	AMI

CHAPITRE II - SOINS SPÉCIALISÉS

(Modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters

(Modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
-----------------------	-------------	------------

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement:		
- cathéter péritonéal	4	AMI ou SFI
- cathéter extériorisé ou site implantable ou cathéter veineux central implanté par voie périphérique	4	AMI ou SFI

Article 2 - Injections et prélèvements

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péridural	5	AMI ou SFI	AP
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4	AMI ou SFI	
Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3	AMI ou SFI	
Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1	AMI ou SFI	

Article 3 - Perfusions

(Modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/19)

Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.

La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	9	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance	14	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.	5	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de		

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		
--	--	--

Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux (Modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		
Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI
Injectons :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou AMX ou SFI
- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI
Perfusions, surveillance et planification des soins : Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin. La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale. Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure. La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.		

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.	5	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

**Article 5 -
Traitem
ent à
domicil
e d'un
patient
atteint
de
mucovi
scidose
par
perfusi
ons
d'antibi**

otiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient

(Modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter: 1. le nom des différents produits injectés; 2. leur mode, durée et horaires d'administration; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...).		
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance. Cette cotation est globale; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose. Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.	15	AMI ou AMX ou SFI

Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité

(Modifié par décision UNCAM du 18/07/2019, du 13/01/22 et du 02/06/26)

Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, une prescription médicale de réalisation de pansement qui indique : la mention « jusqu'à cicatrisation » ou toute autre mention ayant le même sens, est acceptable pour une durée de soins de trois mois maximum.

Le médecin peut, s'il le souhaite, préciser la durée dans sa prescription, qui s'impose alors à l'infirmier.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : l'éducation du patient et/ou de son entourage ; la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; le contrôle de la pression artérielle ; la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre 1er, article 11 ou article 12.	4	AMI ou SFI
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX ou SFI
Analgésie topique préalable à un pansement L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente.	1,1	AMI ou AMX

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

L'analgésie topique préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.		
Ces actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.		

Article 5 ter - Prise en charge spécialisée (Modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance	5,8	AMI ou AMX

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient.

Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend :

- l'éducation du patient et/ou de son entourage,
- la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements,
- la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables,
- la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement,
- le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général,
- la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements.

La séance inclut :

- la tenue d'une fiche de surveillance,
- la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée.

Facturation :

Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole.

La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants).

Le nombre maximum de séances est de 15.

La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.

Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI chapitre II article 5 bis.		
--	--	--

Article 6 - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale par cycleur :		
- branchement ou débranchement, par séance	4	AMI ou SFI
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI ou SFI

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole

(Modifié par décision UNCAM du 29 septembre 2020 et du 13/01/22)

Les séances de surveillance ci-après sont des actes réalisés avec élaboration d'un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile en postopératoire.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation	3,9	AMI

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

améliorée (RAAC) La séance inclut : - la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes et des prescriptions de sortie ; - le suivi des paramètres de surveillance prescrits ; - le remplissage de la fiche de suivi postopératoire ou tout autre support où sont collectées les données de surveillance infirmière ; - en cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médicale par le vecteur prévu. Trois séances au plus peuvent être facturées : - sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile, dénommé J0, à la veille de la première consultation post opératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J+6 inclus, - ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale au cours de la première semaine postopératoire, sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus.		
Séance de surveillance et/ ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire La séance inclut : - la vérification de la compréhension et de l'observance du traitement antalgique ; - l'évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation ; - la surveillance des effets secondaires, de l'étanchéité du pansement, si nécessaire du point de ponction ; - l'appel de l'anesthésiste ou de l'équipe ressource douleur en cas d'anomalie ; - le retrait de cathéter à la date prescrite. Un acte au plus de surveillance de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus.	4,2	AMI

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Retrait de sonde urinaire	2	AMI
Surveillance de drain de redon et/ ou retrait postopératoire de drain - Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour à domicile.	2,8	AMI
Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périmerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance postopératoire ou de cathéter périmerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions générales		

PARTIE II - SOINS DE PRATIQUE AVANCÉE

(Créé par décision UNCAM du 08/02/23)

Le médecin oriente les patients vers un infirmier en pratique avancée (IPA) selon deux modalités pour effectuer, soit un suivi régulier du patient de pathologie(s), soit une prise en charge ponctuelle d'une pathologie chez un patient ne faisant pas l'objet d'un suivi régulier.

Pour un même motif de recours, un patient ne peut pas être suivi simultanément selon les 2 modalités.

Dispositions communes aux différents forfaits et séances ponctuelles (Chapitre I et II):

- Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier en pratique avancée au domicile du patient (IFI et éventuellement IK) ;
- La majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (pour les patients de moins de 7 ans et ceux âgés de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits et prises en charge ponctuelles.

CHAPITRE I – SUIVI RÉGULIER PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Ce forfait concerne un patient orienté par un médecin à un IPA pour assurer un suivi régulier de celui-ci. Il comprend toutes les interventions de l'infirmier en pratique avancée au cours du premier trimestre de prise en charge des patients.

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes

Il comporte la vérification de l'éligibilité du patient au suivi par l'IPA, le bilan global ou la surveillance et les conclusions cliniques, les actions d'éducation, de prévention (dont la vaccination), d'orientation et de dépistage, l'activité de concertation et de coordination auprès des médecins et des autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients, et les activités transversales.

L'IPA est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; ils ne peuvent donner lieu à facturation en sus du forfait.

Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne sont pas associables à ces rémunérations forfaitaires.
Les demandes de téléexpertise sont comprises dans ces forfaits.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
a) Forfait d'initiation Le premier contact avec le patient doit être réalisé en sa présence. Les autres contacts réalisés par l'IPA au cours de ce premier trimestre peuvent être réalisés à distance.	6	PAI
b) Forfait de suivi Ce forfait est facturable chaque trimestre de soins à la suite du premier trimestre de prise en charge lié au forfait d'initiation. Il est facturable au premier contact trimestriel qui peut être réalisé en présence du patient ou à distance.	5	PAI
Au cours de la première année de soins, quatre forfaits (un d'initiation et trois de suivi) sont facturables au maximum par patient. Les années suivantes : quatre forfaits de suivi sont facturables par année civile (un forfait de suivi par trimestre) et par patient dès lors qu'au moins un contact avec le patient a eu lieu au cours de chaque trimestre. Par dérogation, au cours des deux premières années de prise en charge du patient, deux forfaits sont facturables par semestre dès lors qu'au moins deux contacts avec le patient ont eu lieu au cours du semestre.		

CHAPITRE II – PRISE EN CHARGE PONCTUELLE PAR L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Cette prise en charge concerne un patient non régulièrement suivi dans le cadre de la pratique avancée. Sur orientation du médecin, l'IPA peut réaliser chez ce patient un bilan ponctuel ou des séances de soins ponctuelles.

Les comptes rendus de ces prises en charge sont versés au dossier médical du patient partagé lorsqu'il est ouvert.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
c) Bilan ponctuel Ce bilan, réalisé obligatoirement en présence du patient, comprend une anamnèse, un examen clinique, la réalisation d'actes techniques le cas échéant, les mesures de prévention (secondaire ou tertiaire), d'éducation thérapeutique, de dépistage et d'orientation, l'élaboration de conclusion clinique et, le cas échéant, la réalisation de prescriptions autorisées par la réglementation. A l'issue du bilan, un compte rendu est adressé au médecin ayant orienté le patient vers l'IPA. Ce bilan ponctuel peut être facturé au maximum une fois par année civile par patient.	3	PAI
d) Séance de soins ponctuelle Lorsque le patient est orienté de manière ponctuelle par un médecin vers l'infirmier en pratique avancée, ce dernier peut réaliser un ou plusieurs actes techniques relevant du champ de compétences propre de l'IPA selon la réglementation en vigueur. Cette séance peut être facturée au maximum quatre fois par année civile par patient en pratique avancée. Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU sont associables aux séances.	1,6	PAI

TROISIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX UTILISANT LES RADIATIONS IONISANTES

Modifié par Décisions UNCAM du 11/03/05, du 18/07/05 et du 12/05/16

Seuls peuvent être pris en charge les examens réalisés avec des appareils ou des installations agréées par l'Office de protection contre les rayonnements ionisants en application des dispositions de l'article R. 162.53 du code de la sécurité sociale.

TITRE I - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC

Les actes du Titre I ne peuvent être facturés que par les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale.

CHAPITRE I. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1er - Conditions générales de prise en charge

Pour donner lieu à remboursement, tout acte de radiodiagnostic doit comporter une ou plusieurs incidence(s) radiographique(s) matérialisée(s) par un document, film ou épreuve, et être accompagné d'un compte rendu écrit, signé par le praticien. Le compte rendu, ainsi que chaque film ou épreuve, doit être daté et porter les nom et prénoms du patient examiné, ainsi que le nom du praticien ayant effectué l'examen.

Le compte rendu doit comporter les indications, les incidences, l'analyse et l'interprétation de l'examen.

Une incidence est caractérisée par une position du patient par rapport à la source ; un changement d'orientation de la source ou de la surface examinée selon un angle différent ou selon une position différente du patient constitue une nouvelle incidence.

Article 2 - Cotation des actes

La cotation en Z d'un examen radiologique est globale, quel que soit le support utilisé, à l'exception du supplément éventuel pour numérisation. Elle n'est applicable que si le minimum d'incidences indiqué dans certains libellés est réalisé.

Article 3 - Circonstances particulières

1. Pour tout contrôle radiologique effectué sous appareil plâtré ou sous résine, la cotation est majorée de 20%.
2. La cotation est majorée de 40% pour un examen radiographique effectué chez l'enfant de moins de cinq ans.
3. *Sauf exception précisée dans la nomenclature, la cotation de toute radiographie comparative est minorée de 60%.*

CHAPITRE II - ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LE SQUELETTE

Article 3 – Tête

(Modifié par décision UNCAM du 20/03/12, du 13/09/12, du 21/03/13, du 15/10/13 et par arrêté du 20/08/18, portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Crâne, massif facial, sinus :		
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, une incidence	15	Z
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, deux ou trois incidences	18	Z
Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, quatre incidences et plus	26	Z
Examen radiographique des os propres du nez, y compris la cloison, incluant l'ensemble des incidences nécessaires	17	Z
Examen radiographique des articulations temporomaxillaires	19	Z
Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique) Facturation : Ne peut pas être facturé lors du bilan implantaire ou de la pose d'implant intrabuccal, en dehors de sa réalisation pour prise en charge diagnostique et thérapeutique d'agénésies dentaires multiples liées à une maladie rare	15	Z

Troisième partie : Nomenclature des actes médicaux utilisant des radiations ionisantes

Examen radiographique du crâne: incidences de Schuller (les deux côtés), non cumulable avec la radiographie du crâne	15	Z
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique): Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.		
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.	15	Z
Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire ou pour chirurgie orthognatique.	20	Z

CHAPITRE IV - EXAMENS DIVERS (modifié par décision UNCAM du 20/03/12)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes Facturation : Ne peut pas être facturé en orthodontie [ODF], en dehors de sa réalisation pour traitement commencé avant le seizième anniversaire	15	Z

CHAPITRE V - EXAMENS UTILISANT DES APPAREILLAGES SPÉCIAUX

Article 1er - Radiographie en coupe

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Tomographie, premier plan en coupe	35	Z
Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre	25	Z
Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans	15	Z

CINQUIÈME PARTIE

NOMENCLATURE DES ACTES D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES EXECUTES EN LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

Modifié par la décision UNCAM du 09/07/09 du 18/01/10 du 12/03/18 du 31/01/19 et du 04/03/20

0004	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements biopsiques (uniques ou multiples), quel que soit le nombre de fragments Définition du prélèvement biopsique : c'est un prélèvement in vivo, d'un fragment d'organe, de tissus ou de néoplasme, dans le but de le soumettre à un examen histologique ; il s'agit d'un prélèvement n'emportant pas la lésion dans sa totalité. Cette cotation est applicable en cas de prélèvement biopsique unique ou en cas de prélèvements biopsiques multiples non individualisés : Biopsie cutanée ; Biopsie du col utérin ; Biopsie de l'endomètre (est exclu l'examen des dispositifs intra-utérins) ; Biopsie rectocolique ; Biopsie d'intestin grêle (duodénum, jéjunum, iléon) ; Biopsie osseuse ; Biopsie prostatique ; Biopsie gastrique ; Biopsie hépatique ; Biopsie rénale ; Biopsie laryngée ; Biopsie bronchique (une cotation par côté) ; Biopsie amygdalienne (une cotation par côté) ; Biopsie testiculaire (une cotation par côté) ; Biopsie vésicale.	100
------	--	-----

0005	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements biopsiques étagés effectués au niveau de plusieurs zones de voisinage et nécessitant l'individualisation des prélèvements (cette individualisation doit apparaître dans le compte-rendu). Cette cotation est applicable à l'examen de plusieurs prélèvements biopsiques effectués sur un même organe au niveau de plusieurs zones de voisinage, dont la localisation respective est précisée par le préleveur et qui sont individualisés : Biopsies laryngées à plusieurs niveaux ; Biopsies œsophagiennes à plusieurs niveaux ; Biopsies gastriques à plusieurs niveaux ; Biopsies duodénales à plusieurs niveaux ; Biopsies du col utérin multiples et repérées ; Biopsies recto-coliques-étagées ; Biopsies bronchiques sur plusieurs troncs: l'arbre bronchique droit et l'arbre bronchique gauche font chacun l'objet d'une cotation séparée		130
0006	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire intéressant un organe. Définition d'une pièce opératoire: c'est le produit d'exérèse d'une lésion dans sa totalité par ablation partielle ou totale d'un organe : Appendicectomie ; Ovariectomie ; Salpingectomie ; Sympathectomie ; Ablation d'un kyste synovial ; Synoviectomie ; Vagotomie unilatérale ou bilatérale ; Exérèse de la jonction pyélo-urétérale ; Épididymectomie ;		120

	Exérèse d'une lésion osseuse ; Ablation d'hémorroïdes ; Gastrectomie simple (totale ou partielle) ; Ablation de végétations adénoïdes ; Amygdalectomie ; Ablation d'une lésion cutanée unique (naevus, pendulum, épithélioma baso-cellulaire...) ; Ablation d'un polype digestif unique (complet ou fragmenté) ; Ablation d'un polype vésical unique ; Ablation d'un polype unique du col utérin (complet ou fragmenté), Hystérectomie totale ou subtotale sans les annexes ; Cholécystectomie (y compris le ganglion du collet) ; Pulpectomie testiculaire bilatérale ; Splénectomie ; Néphrectomie simple ; Parotidectomie ; Thyroïdectomie totale ou partielle ; Lobectomie pulmonaire simple (une cotation par côté) ; Un ganglion ou une chaîne ganglionnaire (une chaîne ganglionnaire est assimilée à un organe) ; Tumorectomie simple (adénome du sein...) ; Pour les organes pairs, une cotation par côté.		
0007	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements provenant d'une résection ou d'un curetage effectuée par voie endoscopique ou endocavitaire (quel que soit le nombre de fragments) Résection vésicale ; Curetage endo-utérin ; Curetage de l'endomètre ;		120
0008	Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé.		220

Définition d'une pièce opératoire complexe : c'est le produit d'exérèse d'une lésion nécessitant l'ablation d'organes de voisinage (une chaîne ganglionnaire est assimilée à un organe) : Pièce opératoire et chaînes ganglionnaires satellites ; Annexectomie utérine (ovaire + trompe) ; Hystérectomie totale avec les annexes ; Hystérectomie totale élargie aux paramètres et chaînes ganglionnaires satellites ; Gastrectomie et chaînes ganglionnaires satellites ; Ablation de polypes digestifs étagés et individualisés ; Colectomie et chaînes ganglionnaires satellites ; Duodéno-pancréatectomie ; Pancréatectomie caudale et splénectomie ; Exérèse simultanée de plusieurs viscères intéressés par le même processus pathologique (exemple: gastrectomie + colectomie partielle + pancréatectomie) ; Mammectomie et curages ganglionnaires (une cotation par côté) ; Laryngectomie et chaînes ganglionnaires satellites ; Pneumonectomie et lobectomie pulmonaire multiple ; Thyroïdectomie totale et chaînes ganglionnaires satellites ; Bilan d'extension des lymphomes (Hodgkin, lymphomes non hodgkiniens) ; Néphro-urétérectomie ; Néphro-urétérectomie, surrénalectomie et ganglions satellites ; Cystoprostectomie et curages ganglionnaires ; Orchiépididymectomie (une cotation par côté) ; Orchiépididymectomie avec curages ganglionnaires (une cotation par côté) ; Tumorectomies cutanées multiples (deux ou plusieurs naevi), quel qu'en soit le nombre et la ou les localisations ; Prélèvements avec protocole complexe : Colonisation du col utérin ; Exérèse mammaire pour lésions infracliniques ;		
--	--	--

	Prostatectomie simple ou radicale, avec ou sans vésicules séminales et curages ganglionnaires ; Résection endoscopique de prostate ; Biopsies de prostate (> à 5 biopsies individualisées) ; Les examens anatomopathologiques portant sur le placenta, le cordon ou le fœtus ne peuvent être considérés comme des examens nécropsiques au sens habituel du terme. En effet la finalité de ces examens s'inscrit dans une analyse des causes immédiates de la pathologie de la mère, pour prévenir d'autres anomalies lors d'une grossesse ultérieure. Dans ce sens, ces examens concernent la mère au même titre que des examens de biologie médicale ou anatomopathologiques ayant la même finalité (dosages hormonaux, biopsie de l'endomètre, etc). Dans ces conditions, la cotation de l'examen n° 0008 est applicable aux actes suivants : Examen du placenta complet avec cordon et membranes ; Examen anatomopathologique complet du fœtus.		
0021	Majoration provisoire (créée par décision UNCAM du 06/12/05) Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 "Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales".		50
0022	Majoration provisoire (créée par décision UNCAM du 06/07/07) Cette majoration s'ajoute à la cotation de l'acte 0008 "Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé, lorsque celui-ci porte sur des lésions tumorales malignes ». Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration 0021.		100
0012	Pratique d'examen extemporané sur un ou plusieurs organes et contrôle histopathologique ultérieur, par inclusion et coupe des prélèvements examinés extemporanément. Cette cotation n'exclut pas, le cas échéant, une des cotations 0006 ou 0008, pour les prélèvements d'organes effectués au cours de la même intervention. Le compte rendu doit préciser qu'il s'agit d'une exérèse supplémentaire dont la nécessité n'a		300

	pu apparaître qu'au cours de l'intervention. L'application des cotations 0006 et 0008 en sus du P 300 est soumise aux conditions suivantes: le compte rendu d'examen doit indiquer explicitement (outre la nature et le résultat de l'examen extemporané du ou des organes ainsi que le résultat du contrôle histopathologique ultérieur) : a) qu'il s'agit d'une exérèse complémentaire d'une pièce opératoire autre que celle ayant fait l'objet de l'examen extemporané ; b) la nature de la pièce opératoire dont l'examen a entraîné l'application de la cotation 0006 ou 0008.		
--	--	--	--

Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents

Les actes 0013, 0026, 0027, 0028, 0029 et 0030 sont incompatibles.

0013	FCU-DI Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel		47
0026	FCU-DI Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus pour dépistage individuel <i>Par dépistage individuel (DI), on entend dépistage ne s'inscrivant pas dans un programme national de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique, mais dont la pertinence, la population cible, les indications et conditions de réalisation font l'objet de recommandations de la Haute Autorité de santé.</i>		47
0027	FCU-DO* Examen cytopathologique de prélèvement [frottis] du col de l'utérus dans le cadre du dépistage organisé		47
0028	FCU-DO* Examen cytopathologique en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus cadre du dépistage organisé <i>Par dépistage organisé (DO) on entend dépistage défini dans un programme national de santé au sens de l'article L. 1411-6 du code de la santé publique et répondant au cahier des</i>		47

	charges correspondant à la thématique publié par arrêté ministériel.		
--	--	--	--

* Dans le cadre du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les actes FCU_DO (0027 ou 0028) sont pris en charge à 100 %.

0029	FCU-DC Examen cytopathologique de contrôle de prélèvement [frottis] du col de l'utérus		55
0030	FCU-DC Examen cytopathologique de contrôle en phase liquide [technique monocouche] de prélèvement [frottis] du col de l'utérus		55

Les indications de prises en charges des examens cytopathologiques de contrôle **FCU_DC** (acte 0029 et 0030) sont celles des recommandations pour la pratique clinique de septembre 2002 de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé [ANAES]:

- atypies des cellules malpighiennes de signification indéterminée [ASC-US] ou lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade [LGSIL];
- absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signe de malignité [NIL/M], en présence de modifications réactionnelles ou après préparation oestrogénique chez la femme ménopausée;
- surveillance de lésion malpighienne intra-épithéliale, carcinome malpighien ou anomalies des cellules glandulaires, après colposcopie avec biopsie dirigée, curetage de l'endocol et/ou de l'endomètre, conisation ou hystérectomie selon le système de Bethesda

0014	Diagnostic cytopathologique sur liquides, épanchements, écoulements, lavages, expectorations, aspirations, brossages, appositions, grattages. Pour les organes pairs, une cotation par côté. Ces examens doivent entrer dans le champ d'un acte diagnostique ou de suivi thérapeutique et ne peuvent pas être effectués à titre systématique.		100
0015	Diagnostic cytopathologique sur ponction ganglionnaire ou tumorale, ponction d'organe. Une seule cotation quelle que soit la technique (étalements et/ou inclusion). Pour les organes pairs, une cotation par côté.		120

Cinquième partie : nomenclature des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale

0016	Diagnostic cytopathologique de prélèvements effectués par ponction au niveau de plusieurs zones de voisinage nécessitant l'individualisation des prélèvements		130
0017	Examen immunohistochimique sur coupes en paraffine ou en résine (quel que soit le nombre d'anticorps employés)		200
0018	Examen immunohistochimique sur coupes à congélation quel que soit le nombre d'anticorps employés. Les cotations 0017 et 0018: - ne sont pas applicables à des étalements sur lame ; - ne concernent pas les techniques d'hybridation in situ, de cytométrie en flux et de cytométrie à balayage.		300
0023	Examen immunocytochimique de l'étalement d'un produit de ponction d'un organe ou d'un produit d'aspiration ou de liquide de ponction, d'émission ou de lavage (quel que soit le nombre d'anticorps employés) Cet examen ne peut être facturé qu'avec les examens 0014 et 0015. Les examens n° 0017, 0018 et 0023 doivent faire l'objet d'un compte rendu spécifique intégré ou non dans le compte rendu de l'examen histologique standard. Le compte rendu d'immunohistochimie ou d'immunocytochimie doit comporter quatre rubriques clairement individualisées : 1. Précisions quant à la technique utilisée 2. Nom des anticorps utilisés 3. Résultats de l'examen 4. Conclusions		200
0024	Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre d'un dépistage individuel <i>Indication : selon les recommandations de bonnes pratiques</i> <i>Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire</i> <i>Environnement spécifique : à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale</i>		100

Cinquième partie : nomenclature des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale

0031	Détection du génome des papillomavirus humains oncogènes dans le cadre d'un dépistage organisé <i>Indication : selon l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus</i> <i>Formation spécifique : formation à la biologie moléculaire</i> <i>Environnement spécifique :</i> - conformément au cahier des charges défini par l'arrêté en vigueur relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - à réaliser dans les mêmes conditions que celles des laboratoires d'analyse de biologie médicale		100
0025	Examen anatomopathologique par hybridation <i>in situ</i> <i>Indication : selon les recommandations de bonne pratique</i> - détection de HER 2 neu dans le cancer du sein, en deuxième intention après examen immunohistochimique si celui-ci a un score de 2 +, - détection de oncogène N+ myc dans le neuroblastome de l'enfant, - détection de virus d'Epstein Barr dans les carcinomes de site primitif inconnu <i>Formation : spécifique</i> <i>Environnement : spécifique</i>		500

ANNEXES

REFERENCES DES TEXTES REGLEMENTAIRES MODIFIANT LA NGAP DEPUIS 2005

ANNEES	DECISIONS UNCAM	PUBLICATION AU JOURNAL OFFICIEL
2005	11/03/05 18/07/05	<u>JO du 30/03/05</u> <u>JO du 26/08/05</u>
2006	06/12/05 27/04/06 23/06/06 29/06/06 04/07/06 31/07/06 14/11/06	<u>JO du 05/04/06</u> <u>JO du 16/05/06</u> <u>JO du 27/06/06</u> <u>JO du 30/06/06</u> <u>JO du 06/10/06</u> <u>JO du 15/09/06</u> <u>JO du 22/12/06</u>
2007	05/12/06 07/03/07 03/04/07 06/07/07 23/08/07	<u>JO du 09/02/07</u> <u>JO du 15/05/07</u> <u>JO du 27/06/07</u> <u>JO du 03/10/07</u> <u>JO du 11/09/07</u>
2008	13/12/07 13/12/07 13/12/07 05/02/08 04/03/08 01/07/08 08/10/08 08/10/08	<u>JO du 08/03/08</u> <u>JO du 08/03/08</u> <u>JO du 08/03/08</u> <u>JO du 22/04/08</u> <u>JO du 23/05/08</u> <u>JO du 25/09/08</u> <u>JO du 25/10/08</u> <u>JO du 19/12/08</u>
2009	09/07/09	<u>JO du 19/09/09</u>

2010	14/01/10	<u>JO du 19/01/10</u>
	23/11/09	<u>JO du 11/02/10</u>
	18/01/10	<u>JO du 25/04/10</u>
	16/03/10	<u>JO du 28/05/10</u>
2011	23/12/10	<u>JO du 06/01/11</u>
	17/01/11	<u>JO du 06/03/11</u>
	28/09/11	<u>JO du 10/12/11</u>
2012	02/11/11	<u>JO du 20/01/12</u>
	20/12/11	<u>JO du 21/02/12</u>
	20/12/11	<u>JO du 28/02/12</u>
	09/02/12	<u>JO du 13/04/12</u>
	20/03/12	<u>JO du 07/06/12</u>
	22/05/12	<u>JO du 05/09/12</u>
	19/07/12	<u>JO du 23/11/12</u>
	13/09/12	<u>JO du 22/11/12</u>
	02/10/12	<u>JO du 14/11/12</u>
2013	26/12/12	<u>JO du 13/02/13</u>
	14/02/13	<u>JO du 16/04/13</u>
	21/03/13	<u>JO du 16/05/13</u>
	21/03/13	<u>JO du 23/05/13</u>
	08/04/13	<u>JO du 31/05/13</u>
	31/05/13	<u>JO du 03/08/13</u>
	25/09/13	<u>JO du 27/11/13</u>
	15/10/13	<u>JO du 08/02/13</u>
2014	26/11/13	<u>JO du 23/01/14</u>
	17/12/13	<u>JO du 08/02/14</u>
	18/04/14	<u>JO du 24/06/14</u>
	16/07/14	<u>JO du 24/09/14</u>
	21/07/14	<u>JO du 30/09/14</u>
2015	31/03/15	<u>JO du 02/03/15</u>
	17/06/15	<u>JO du 21/08/15</u>
	10/09/15	<u>JO du 27/11/15</u>
2016	12/05/16	<u>JO du 19/07/16</u>

2017	23/02/17	<u>JO du 27/04/17</u>
	28/02/17	<u>JO du 27/06/17</u>
	24/03/17	<u>JO du 17/06/17</u>
	21/06/17	<u>JO du 12/09/17</u>
	24/07/17	<u>JO du 15/09/17</u>
	04/07/17	<u>JO du 16/09/17</u>
	21/07/17	<u>JO du 06/10/17</u>
	07/09/17	<u>JO du 27/10/17</u>
	27/09/17	<u>JO du 01/12/17</u>
	27/10/17	<u>JO du 24/12/17</u>
2018	24/01/18	<u>JO du 21/03/18</u>
	12/03/18	<u>JO du 23/05/18</u>
	12/03/18	<u>JO du 06/04/18</u>
	16/04/18	<u>JO du 13/06/18</u>
	10/07/18	<u>JO du 24/07/18</u>
	10/07/18	<u>JO du 28/08/18</u>
	06/11/18	<u>JO du 19/12/18</u>
2019	06/11/18	<u>JO du 24/01/19</u>
	18/12/18	<u>JO du 16/02/19</u>
	20/12/18	<u>JO du 16/02/19</u>
	31/01/19	<u>JO du 18/04/19</u>
	07/05/19	<u>JO du 02/07/19</u>
	18/07/19	<u>JO du 08/09/19</u>
	18/07/19	<u>JO du 11/09/19</u>
	03/10/19	<u>JO du 29/11/19</u>
2020	08/01/20	<u>JO du 08/02/20</u>
	04/03/20	<u>JO du 25/03/20</u>
	13/02/20	<u>JO du 09/04/20</u>
	28/05/20	<u>JO du 07/07/20</u>
	29/04/20	<u>JO du 28/08/20</u>
	06/10/20	<u>JO du 02/12/20</u>
	29/09/20	<u>JO du 02/12/20</u>
2021	12/11/20	<u>JO du 14/01/21</u>
	04/03/21	<u>JO du 12/05/21</u>

	27/05/21	<u>JO du 30/06/21</u>
2022	07/12/21 13/01/22 13/01/22 20/04/22 28/03/22 16/06/22 29/09/22	<u>JO du 05/01/22</u> <u>JO du 17/02/22</u> <u>JO du 18/03/22</u> <u>JO du 31/05/22</u> <u>JO du 30/06/22</u> <u>JO du 24/07/22</u> <u>JO du 03/11/22</u>
2023	08/02/23 12/05/23 07/08/23 08/08/23 06/09/23 25/09/23 14/12/23	<u>JO du 16/03/23</u> <u>JO du 14/05/23</u> <u>JO du 17/08/23</u> <u>JO du 17/08/23</u> <u>JO du 28/09/23</u> <u>JO du 25/10/23</u> <u>JO du 08/02/24</u>
2024	15/01/24 22/12/23 29/03/24 28/06/24 29/10/24	<u>JO du 24/01/24</u> <u>JO du 28/02/24</u> <u>JO du 31/03/24</u> <u>JO du 12/07/24</u> <u>JO du 30/11/24</u>
2025	19/03/25 07/11/25	<u>JO du 08/04/25</u> <u>JO du 04/12/25</u>
2026	21/01/26 11/03/26 02/06/26	<u>JO du 13/02/26</u> <u>JO du 04/04/26</u> <u>JO du 20/06/2026</u>

ANNEXE 1 : Soins infirmiers

(Créé par la décision UNCAM du 13/01/22)

Détermination de la facturation des forfaits BSI (article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP)

Le forfait journalier à facturer par l'infirmier est déterminé par les interventions réalisées en propre par l'infirmier auprès du patient et cochées dans l'outil BSI. Il existe trois forfaits BSI « léger », « intermédiaire » ou « lourd » dont le tarif diffère selon le niveau de prise en charge en soins infirmiers.

Les 43 interventions du BSI ont été classées, par ordre croissant de charge en soins infirmiers, en 4 groupes homogènes, en accord avec les organisations syndicales représentatives signataires de la convention. Le groupe 1 correspond à la charge en soins la plus faible et le groupe 4 à la plus élevée (voir tableau 1 en fin d'annexe). Parmi les interventions cochées, seules les interventions des domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont apparues comme discriminantes pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en charge. Il s'avère que les interventions des autres domaines sont corrélées à celles des trois domaines HEM et ne sont donc pas discriminantes.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé.

Par exemple, la combinaison H4E2M3 veut dire que parmi le(s) intervention(s) cochée(s) dans le domaine « hygiène », le groupe maximal de ces interventions appartient au groupe 4. Le groupe 4 (H4) est donc le niveau retenu pour le domaine « hygiène ». On procède de la même façon pour le domaine « Elimination » et « Mobilité ». Pour chaque combinaison HEM, des règles d'orientation déterminent le niveau de forfait BSI à facturer (voir tableau 2 en fin d'annexe).

Afin de reconnaître la complexité des prises en charge chez la personne très âgée et dépendante, un âge égal ou supérieur à 90 ans constitue un critère supplémentaire.

Tableau 1 : Composition des 4 groupes homogènes d'interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions
A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)
A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire
R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil
R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire
E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)
E/ Surveillance clinique d'une constipation
H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau
H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses
M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,...)

Groupe 2 : 20 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,...)

A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise

A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre

A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie

R/ Pose et dépose de contentions vasculaires

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale

E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale

E/ Massage colique

M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque

M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)

Groupe 2 : 20 interventions

D/ Evaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit

T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale
- des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie ...)
- un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité

SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement
- aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci)
- aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)

E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale

H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes

H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage

H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque d'escarres

M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...)
- des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences)
- une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie...)

Groupe 4 : 4 interventions

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale

Groupe 4 : 4 interventions

H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient

M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications

M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M4	Lourd	Lourd
H1 E4 M4	Lourd	Lourd
H3 E1 M4	Lourd	Lourd
H3 E2 M4	Lourd	Lourd
H3 E3 M3	Lourd	Lourd
H3 E3 M4	Lourd	Lourd
H3 E4 M3	Lourd	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E4 M4	Lourd	Lourd
H4 E0 M4	Lourd	Lourd
H4 E1 M4	Lourd	Lourd
H4 E2 M3	Lourd	Lourd
H4 E2 M4	Lourd	Lourd
H4 E3 M3	Lourd	Lourd
H4 E3 M4	Lourd	Lourd
H4 E4 M0	Lourd	Lourd
H4 E4 M1	Lourd	Lourd
H4 E4 M2	Lourd	Lourd
H4 E4 M3	Lourd	Lourd
H4 E4 M4	Lourd	Lourd
H0 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H0 E3 M4	Intermédiaire	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E0 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M3	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H1 E4 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E0 M3	Intermédiaire	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E0 M4	Intermédiaire	Lourd
H3 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M2	Intermédiaire	Lourd
H4 E0 M1	Intermédiaire	Intermédiaire

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H4 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H0 E0 M0	Léger	Léger
H0 E0 M1	Léger	Léger
H0 E0 M2	Léger	Léger
H0 E0 M3	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E0 M4	Léger	Léger
H0 E1 M0	Léger	Léger
H0 E1 M1	Léger	Léger
H0 E1 M2	Léger	Léger
H0 E1 M3	Léger	Léger
H0 E2 M0	Léger	Léger
H0 E2 M1	Léger	Léger
H0 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E2 M3	Léger	Intermédiaire
H0 E3 M0	Léger	Léger
H0 E3 M1	Léger	Léger
H0 E3 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E4 M0	Léger	Léger
H1 E0 M0	Léger	Léger
H1 E0 M1	Léger	Léger
H1 E0 M2	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H1 E0 M3	Léger	Léger
H1 E1 M0	Léger	Léger
H1 E1 M1	Léger	Léger
H1 E1 M2	Léger	Léger
H1 E1 M3	Léger	Léger
H1 E2 M0	Léger	Léger
H1 E2 M1	Léger	Léger
H1 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H1 E3 M0	Léger	Léger
H1 E3 M1	Léger	Léger
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger
H4 E0 M0	Léger	Léger

ANNEXE 2 : Lettres clés

(Créé par la décision UNCAM du 14/12/23 et modifié par les décisions UNCAM du 22/12/23, du 29/10/24, du 21/01/26 et du 02/06/26)

G – consultation au cabinet du médecin généraliste

VG – visite au domicile du patient du médecin généraliste

CP – consultation au cabinet ou visite au domicile du patient pour les psychiatres ou neurologues en secteur 2 non OPTAM avec dépassement

CEH – Consultation au cabinet ou visite au domicile des enfants de 0 à 2 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

CEK – Consultation au cabinet ou visite au domicile des enfants de 2 à 6 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

CEG – Consultation au cabinet ou visite au domicile des enfants de 6 ans pour le pédiatre et plus exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

TCH – Téléconsultation des enfants de 0 à 2 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable
TCK : Téléconsultation des enfants de 2 à 6 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COD – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 6 ans pour le médecin généraliste exerçant en secteur à tarif opposable
Version en vigueur du 01/09/2026

ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COB – Examens obligatoires de l'enfant de 6 ans et plus pour le médecin généraliste exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COH – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 2 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COK – Examens obligatoires de l'enfant de 2 à moins de 6 ans pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COG – Examens obligatoires de l'enfant de 6 ans et plus pour le pédiatre exerçant en secteur à tarif opposable ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ou pour les médecins en secteur à honoraires différents en cas de respect du tarif opposable

COV – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 6 ans pour le médecin généraliste en secteur 2 non OPTAM avec dépassements

COA – Examens obligatoires de l'enfant de 6 ans et plus pour le médecin généraliste en secteur 2 non OPTAM avec dépassements et Examens obligatoires de l'enfant de plus de 2 ans pour le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassements

COJ – Examens obligatoires de l'enfant de 0 à moins de 2 ans pour le pédiatre en secteur 2 non OPTAM avec dépassements

CEP – Consultation de recours au pédiatre

GL1 – Consultation de sortie d'hospitalisation

GL2 – Consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués

GL3 – Consultation d'orientation vers un parcours médico-social

C – Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le médecin spécialiste (hors psychiatre et neurologue), le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

EPG – Examen médical du futur co-parent réalisé au cabinet

CD – Consultation au cabinet par le chirurgien-dentiste omnipraticien

CS – Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

CSD – Consultation au cabinet par le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

APC – Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste

ACD – Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste

APV – Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade

APY – Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre, d'un neurologue ou d'un gériatre

AVY – Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre, d'un neurologue ou par un gériatre

STH – Forfait de surveillance thermique

THR – Forfait réduit de surveillance thermique

APU – Avis ponctuel de consultant pour une consultation d'un professeur des universités-praticien hospitalier

CCP – Consultation de contraception et de prévention

U03 – Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste

Annexes

U45 – Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste

COE – Consultation obligatoire de l'enfant

CsC – Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.

SNP – Majoration pour soins non programmés

IMT – Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante

CNPSY – Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

CDE – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

TCG – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin généraliste ou une sage-femme dit « téléconsultant »

TC – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant »

TCS – Acte de téléconsultation du médecin spécialiste

MOP – Majoration personnes âgées du médecin non traitant

MCY – Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant ou du médecin régulateur du service d'accès aux soins (SAS)

TE2 – Acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicitée par un autre professionnel de santé

VSP – Visite Soins Palliatifs

RNO – Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste

V – Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.

Annexes

VD – Visite au domicile du malade par le chirurgien-dentiste omnipraticien

VL – Visite très complexe réalisée au domicile du patient

VS – Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

VSD – Visite au domicile du malade par le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié

CXD – Consultation bucco-dentaire complexe

VNPSY – Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

K – Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)).

KMB – Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste.

Z – Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ([selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05](#)) ou le chirurgien-dentiste.

ORT – Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.

TO – Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SP – séance de suivi ou d'entretien postnatal réalisé par la sage-femme.

SF – Actes pratiqués par la sage-femme.

SFI – Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMK – Actes divers pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

TMK – Acte de télésoin pratiqué par le masseur-kinésithérapeute

Annexes

APM - Actes de rééducation des amputations pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

ARL - Actes de rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

DRA – Actes de rééducation pour déviation du rachis pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

NMI – Actes de rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

PLL – Actes de soins palliatifs pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAB – Actes de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAM - Actes de rééducation du rachis non opéré pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAO - Actes de rééducation du rachis opéré pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RAV - Actes de rééducation des affections vasculaires pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RIC - Actes de rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RIM - Actes de rééducation du membre inférieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RPB - Actes de rééducation des patients atteints de brûlures pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RPE - Actes de rééducation de la déambulation du sujet âgé pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RSC - Actes de rééducation du membre supérieur opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

RSM - Actes de rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

TER - Actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sur au moins 2 territoires (membres, ou rachis et membres) pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VIC - Actes de rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

Annexes

VIM - Actes de rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VSC - Actes de rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

VSM - Actes de rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel pratiqués par le masseur-kinésithérapeute

AMI – Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS.

DI – Bilan de soins infirmiers.

AMP – Actes pratiqué par le pédicure-podologue

TMP – Acte de télésoin pour le pédicure-podologue

POD – Acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

POT – Acte de prévention POD pratiqué par le pédicure-podologue en télésoin

AMO – Acte pratiqué par l'orthophoniste.

TMO – Acte de télésoin pratiqué par l'orthophoniste

AMY – Acte pratiqué par l'orthoptiste.

BSA – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «légère»

BSB – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «intermédiaire»

BSC – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «lourde»

IFI – Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP

Annexes

PAI – Soins infirmiers en pratique avancée

AMX – acte pratiqué par l'infirmier ou l'infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des séances ou des forfaits

RQD – Acte de demande d'une télé-expertise