

Arrêté n° 447 CM du 27 mars 2019 relatif à la nomenclature polynésienne des actes professionnels (NPAP) applicable aux auxiliaires médicaux et à certains actes des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes

(NOR : DPS1920587AC-2)

Paru in extenso au journal officiel n°28 N du 05/04/2019 à la page 6085 dans la partie ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

Version en vigueur au 05/11/2024

Le Président de la Polynésie française,
Sur le rapport du ministre de la santé et de la prévention, en charge de la protection sociale généralisée,
Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;
Vu l'arrêté n° 650 PR du 23 mai 2018 portant nomination du vice-Président et des ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;
Vu la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie-invalidité au profit des travailleurs salariés ;
Vu la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ;
Vu la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial ;
Vu la délibération n° 95-109 AT du 3 août 1995 modifiée relative aux rapports entre les professionnels de santé du secteur privé et la Caisse de prévoyance sociale ;
Vu la délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 modifiée relative à l'instauration d'une codification des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en Polynésie française ;
Vu l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 modifié fixant les tarifs d'autorité de la Caisse de prévoyance sociale pour les actes dispensés par des praticiens médicaux et paramédicaux non conventionnés ;
Vu l'arrêté n° 45 CM du 18 janvier 2012 modifié relatif à la codification des actes professionnels des médecins de Polynésie française et fixant les tarifs d'autorité des actes professionnels des médecins non conventionnés ;
Vu l'arrêté n° 446 CM du 27 mars 2019 relatif à la codification polynésienne des actes professionnels exécutés par les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux ;
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale en date du 8 novembre 2018 ;
Vu l'avis du conseil d'administration du régime des non-salariés en date du 13 décembre 2018 ;
Vu l'avis du comité de gestion du régime de solidarité territorial en date du 17 décembre 2018 ;
Vu l'avis de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale en date du 13 février 2019 ;
Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 27 mars 2019,

Arrête :

Article 1er.— Nomenclature polynésienne des actes professionnels (NPAP)

La nomenclature polynésienne des actes professionnels (NPAP) fixée par le présent arrêté, établit la liste des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les auxiliaires médicaux, ainsi que certains actes des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes, non inscrits à la codification polynésienne des actes médicaux (CPAM), dans la limite de leur compétence.

Les dispositions générales de la nomenclature polynésienne des actes professionnels (NPAP) figurent dans le présent arrêté.

Art. 2.— Code acte, lettre clé et coefficient

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

Le code acte est un code qui permet de traduire en un numéro l'acte réalisé.

La lettre clé correspond à un type d'acte spécifique effectué par un professionnel médical ou un auxiliaire médical défini.

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

L'annexe I au présent arrêté définit les lettres clés. Leur valeur en unité monétaire est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 modifié fixant les tarifs d'autorité de la Caisse de prévoyance sociale pour les actes dispensés par des praticiens médicaux et paramédicaux non conventionnés.

Art. 3.— Notation d'un acte

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 ;

2° immédiatement après, le coefficient fixé par la présente nomenclature.

Art. 4.— Remboursement par assimilation

Lorsqu'un malade présente une pathologie inhabituelle justifiant un acte ne figurant pas à la présente 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 l'organisme de gestion dans un délai de quinze jours doit être considérée comme un accord tacite de la demande d'assimilation.

Art. 5.— Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement *Rédaction issue de Arrêté n° 1959 CM du 29 octobre 2024*

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

- a) les actes effectués personnellement par un médecin ;
- 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, sauf dispositions réglementaires dérogatoires, d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative 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 l'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.

Art. 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 ou la sage-femme pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Art. 7.— Accord préalable *Rédaction issue de Arrêté n° 1959 CM du 29 octobre 2024*

Les régimes de protection sociale ne participent aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, ils ont 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 de la présente nomenclature pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par les lettres « 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 par le praticien qui doit dispenser l'acte.

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 fournis par l'organisme de gestion.

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 l'organisme de gestion doit être adressée au malade ou au praticien, au plus tard le 15^e jour à

compter de la date de réception de la demande par le service du contrôle médical.

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par 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 sur la prise en charge de la suite du traitement ou la poursuite des actes.

Lorsque la demande est incomplète, l'organisme de gestion indique au demandeur les pièces manquantes dont la production est indispensable à l'instruction de la demande.

Le délai pour la complétude de la demande est de quinze jours. L'absence de transmission des pièces manquantes par le professionnel de santé dans le délai imparti conduit au rejet de la demande.

Le silence gardé par l'organisme de gestion pendant plus de quinze jours après réception des pièces complémentaires sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

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 ».

Art. 8.— Acte global et acte isolé

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 ;
- 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.

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 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 conformément à l'article 15.

2° Lorsqu'il s'agit d'actes multiples effectués au cours de la même séance tel que prévu par l'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.

Art. 9.— Cotation d'un second acte dans le délai de vingt ou dix jours

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.

Art. 10.— Intervention d'un second médecin dans le délai de vingt ou dix jours

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.

Art. 11.— Actes multiples au cours de la même séance *Rédaction issue de Arrêté n° 1959 CM du 29 octobre 2024*

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

Les honoraires de la consultation ou 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 NPAP ne peuvent pas être appliquées à des actes techniques figurant à la CPAM et les modificateurs de la CPAM ne peuvent pas être appliqués aux actes relevant de la NPAP.

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

Par 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.

B. Actes en K, SF, SP, SFI, AMI, AIS, AMP, 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.

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 aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes.

Les conditions de cumul de l'AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au 12.1.10 de l'annexe II à la présente nomenclature.

Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux au cours de la même séance, selon le 4.1.1 de l'annexe II à la présente nomenclature.

Art. 12.— Actes en plusieurs temps

A. Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature sous une forme globale comprend en réalité plusieurs interventions successives (actes en plusieurs temps), le praticien 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 praticien 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.

Art. 13.— Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Lorsqu'un acte inscrit à la NPAP ou à la CPAM 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 à une distance qui les sépare inférieure à cinq kilomètres, l'indemnité de déplacement est forfaitaire.

La valeur de cette indemnité forfaitaire de déplacement est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 susvisé.

En cas de multiples déplacements à l'intérieur de la zone ainsi limitée, l'indemnité forfaitaire est due autant de fois qu'il y a de patients visités.

Toutefois, lorsque le praticien visite à domicile plusieurs malades habitant ensemble dans un même domicile ou dans un même établissement ou structure sanitaire, sociale ou médico-sociale, l'indemnité n'est due qu'une fois.

Cette indemnité forfaitaire de déplacement ne s'applique pas à la visite au domicile du malade effectuée par les médecins généralistes ou spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et désignée par la lettre clé V, VS ou VNPSY.

B. Indemnité kilométrique « IK »

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé sont situés à une distance qui les sépare supérieure à 5 km, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité kilométrique dont la valeur unitaire est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 susvisé.

Pour les visites réalisées par les médecins généralistes, l'indemnité kilométrique mentionnée ci-dessus est remboursée à la condition que la visite ouvre droit à la majoration d'urgence « MU » prévue à l'article 14-II.

L'indemnité kilométrique 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, AMS, AMK, AMC, AMI, AIS, DI, AMP, AMO et AMY de la NPAP ou les actes équivalents inscrits à la CPAM, l'indemnité kilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au paragraphe A.

Elle 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 5 sur le trajet tant aller que retour. Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.

En cas d'acte global, 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, kilométrique, calculée comme il est dit ci-dessus.

2° Le remboursement accordé 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 dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade.

Toutefois, 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.

Art. 14.— Majorations *Rédaction issue de Arrêté n° 1959 CM du 29 octobre 2024*

I - Actes effectués la nuit ou le dimanche

Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils 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 19 heures et 6 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 18 heures et 5 heures.

A. Actes effectués par les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes

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

A la valeur des lettres-clés V, VS et VNPSY et exceptionnellement C, CS et CNPSY, de même qu'à celle des actes K, Z, SP, SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche et jours fériés « MD » ou une majoration de nuit « MN », dont la valeur est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 susvisé.

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

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 de soins infirmiers effectués la nuit « MDN » et le dimanche ou jours fériés légaux « MDI » est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 susvisé.

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.

II - Majorations pour certains actes réalisés par des médecins

II-1 Majoration d'urgence (MU) pour le médecin exerçant la médecine générale

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 kilométriques, à une majoration forfaitaire d'urgence. La valeur de la majoration MU est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 susvisé.

L'application de la disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la cotation de l'électrocardiogramme, telle que prévue à la CPAM.

La majoration forfaitaire d'urgence ne se cumule pas avec les majorations prévues au I ci-dessus pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

II-2 Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (MEG)

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.

II-3 Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le pédiatre (MEP)

Les consultations et les visites, effectuées par le médecin pédiatre 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 pédiatres (MEP) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant.

II-4 Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité (MSH)

Cette majoration peut être cotée dès lors que le médecin est conventionné.

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 polyopathologiques, 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.

Les consultations à domicile avec MSH ne sont pas facturables avec les majorations MDN et MDD.

II-5 Majoration 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 (MSO)

Cette majoration « Suivi de l'Obésité » (MSO) ne peut être cotée que si une consultation complexe est réalisée par le médecin « traitant » d'un enfant 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 C + MSO.

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

III - Majorations pour certains actes réalisés par des infirmiers

- Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique «MAU»

Pour les actes 12010101, 12010105, 12010107, 12010109, 12010110, 12010610, 12010901, 12010902, 12010903, 12020402, lorsque l'infirmier(ère) réalise un acte unique au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU).

La valeur de cette majoration « MAU » est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 sus-visé.

- Majoration de coordination infirmier(ère) « MCI »

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

- un pansement lourd et complexe inscrit au chapitre 12.1.3 ou 12.2.6 ;

ou

- des soins inscrits au chapitre 12 à un patient en soins palliatifs,

cet acte donne 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. La majoration de coordination infirmier(ère) ne peut être appliquée pour des soins à un patient en soins palliatifs que si la prescription de ces soins porte la mention 'MCI'.

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 « MCI » est fixée par l'arrêté n° 809 CM du 28 juillet 1995 susvisé.

La majoration de coordination infirmière ne se cumule pas avec la majoration acte unique.

IV - Majorations pour certains actes réalisés par les orthophonistes

- Majoration pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans "MEO"

Majoration pour la prise en charge des enfants de moins de 3 ans ayant fait l'objet d'un diagnostic médical de troubles sévères des interactions, de la communication (TSA) ; les syndromes génétiques responsables de troubles du langage et les pathologies neurologiques entraînant des troubles du langage. Cette majoration peut être facturable pour tous les actes de rééducation réalisés jusqu'à la date anniversaire des 3 ans.

- Indemnité Forfaitaire Neurologique "IFN"

Cette indemnité est facturable pour la prise en charge de pathologies neurologiques ou neurodégénératives, pour chaque acte de 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 neurodégénératives ou neurologiques d'origine vasculaire, tumorale ou post-traumatique (actes 04010124 et 04010125).

V - Majorations pour certains actes réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes

- Indemnité forfaitaire pour la prise en charge précoce post-hospitalisation "IFS"

Cette indemnité est facturable pour tous les actes réalisés dans les 6 semaines qui suivent la sortie d'hospitalisation pour affection neurologique ou mise en place de prothèse articulaire du membre inférieur. L'indemnité ne peut être facturée que si le bilan initial est réalisé dans les 7 jours suivant la sortie d'hospitalisation. Cette indemnité n'est facturable que pour une rééducation à domicile comprenant au moins 15 séances de kinésithérapie sur les 2 mois suivant la sortie d'hospitalisation.

Art. 15.— Les différents types de consultation *Rédaction issue de Arrêté n° 1959 CM du 29 octobre 2024*

I - La consultation et la visite

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, ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci.

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.

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

La consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention est dénommée "CCP".

Cette consultation est réservée aux personnes de moins de 26 ans.

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 praticien informe le(la) patient(e) sur les méthodes contraceptives et sur les maladies 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, une sage-femme ou un pédiatre. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par patient(e).

Cette consultation est facturée à tarif opposable.

Le médecin doit informer le(la) patient(e) du droit au secret pour cette prestation et doit respecter la décision du patient.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 18.— Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

A. 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) ;
- 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.

B. 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. Cette disposition ne s'applique pas à la consultation pré anesthésique.

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) 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.

C. 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 » :

- 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 ou d'un neurologue ;
- AVY: Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue.

D. 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 anesthésistes :

Par dérogation à l'article 20, la consultation pré-anesthésique 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).

Cet avis ponctuel de consultant donne lieu à un compte-rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Art. 19.— Honoraires de surveillance médicale des praticiens libéraux dans les établissements privés

Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K de la NPAP ou avec ceux des actes de la CPAM, à l'exception des actes d'imagerie.

D'autre part sont compris dans l'honoraire de surveillance les injections sous-cutanées, intradermiques, intraveineuses, intramusculaires ou autres actes figurant au 12 de l'annexe II à la présente nomenclature ou à la CPAM.

A. Clinique médicale

L'honoraire de surveillance est fixé, par jour et par malade examiné :

- C x 0,80 du 1^o au 20^o jour ;
- C x 0,40 du 21^o au 60^o jour ;
- C x 0,20 par la suite.

Ces honoraires forfaitaires de surveillance ne sont accordés que dans la mesure où le nombre de médecins de l'établissement assurant la surveillance constante dans cet établissement est au moins d'un médecin pour trente malades.

B. Clinique chirurgicale

Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15 ou d'un tarif égal ou supérieur à 3 750 F CFP, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les 15 jours suivant l'intervention.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 15 jours, l'honoraire de surveillance est fixé à C x 0,20 par jour et par malade examiné.

Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15 ou d'un tarif inférieur à 3 750 F CFP, l'honoraire est fixé à C x 0,20 par jour et par malade examiné.

Dans le cas où le malade ayant été mis en observation dans une clinique chirurgicale n'a pas subi d'intervention, les honoraires de surveillance sont fixés par jour et par malade examiné à :

- du 1^o au 15^o jour :
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;
 - C x 0,40 par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux ;
- au-delà du 15^o jour : C x 0,20.

C. Clinique obstétricale

Dans le cas où l'état pathologique de la patiente impose une hospitalisation au cours de la grossesse, y compris pendant la période qui précède l'accouchement, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

- du 1^o au 15^o jour :
- C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;
- C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes,
- au-delà du 15^o jour : C x 0,20.

La cotation de l'accouchement comprenant les soins consécutifs pendant le séjour en maternité, dans la limite de sept jours, dans les cas exceptionnels où l'état pathologique impose la prolongation de l'hospitalisation, l'honoraire de surveillance par jour et par patiente examinée est fixé comme suit :

- du 8^o au 15^o jour :
- C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;
- C x 0,40 pour chaque médecin, dans la limite de deux médecins appartenant à des spécialités différentes ;
- au-delà du 15^o jour : C x 0,20.

Art. 20.— Dispositions particulières aux actes d'anesthésie-réanimation

Un anesthésiste-réanimateur qui examine pour la première fois, en vue d'une intervention, un malade, 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.

Toutefois, l'anesthésiste-réanimateur ne peut noter qu'une seule CS avant une hospitalisation ou au cours de celle-ci.

Cette CS ne peut se cumuler ni avec l'honoraire de surveillance ni avec un acte de la CPAM autre que l'acte d'anesthésie.

Elle doit s'accompagner d'un compte-rendu qui pourra être adressé au médecin-conseil à sa demande.

Art. 21.— Dispositions spécifiques relatives aux actes utilisant les radiations ionisantes

Les actes du 13 de l'annexe II de la présente nomenclature ne peuvent être facturés que par les médecins spécialistes qualifiés en stomatologie et les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en orthopédie dentofaciale.

A. 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.

B. 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.

C. Circonstances particulières

Pour tout contrôle radiologique effectué sous appareil plâtré ou sous résine, la cotation est majorée de 20%.

La cotation est majorée de 40% pour un examen radiographique effectué chez l'enfant de moins de cinq ans.

Sauf exception précisée dans la nomenclature, la cotation de toute radiographie comparative est minorée de 60%.

Art. 22.— Dispositions spécifiques autres

Les autres dispositions spécifiques de la présente nomenclature sont fixées en annexe II du présent arrêté pour les chapitres suivants :

- 1° Actes de traitement des lésions traumatiques ;
- 2° Actes portant sur les tissus en général ;
- 3° Actes portant sur la tête ;
- 4° Actes portant sur le cou ;
- 5° Actes portant sur le thorax ;
- 6° Actes portant sur l'abdomen ;
- 7° Actes portant sur l'appareil génital féminin ;
- 8° Actes portant sur le membre inférieur ;
- 9° Diagnostic et traitement des troubles mentaux ;
- 10° Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle ;
- 11° Actes divers ;
- 12° Soins infirmiers ;
- 13° Actes de radiodiagnostic.

L'annexe II fixe la liste des autres actes spécifiques, leur code acte, leur lettre clé et le coefficient affecté à chacun de ces actes.

Art. 23 *Rédaction issue de Arrêté n° 1427 CM du 30 juillet 2021*

Le présent arrêté entre en vigueur au 1er septembre 2019 pour les professionnels autres que les chirurgiens-dentistes et au 1er octobre 2021 pour les chirurgiens-dentistes.

Jusqu'au 30 septembre 2021, les dispositions transitoires prévues au premier alinéa de l'article 6 de la délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 modifiée susvisée continue de s'appliquer aux chirurgiens-dentistes.

A compter de 30 jours après la publication au Journal officiel de la Polynésie française du présent arrêté, et jusqu'au 30 septembre 2021, les chirurgiens-dentistes peuvent facturer la réalisation d'une radiographie « cone-beam » à la cotation suivante : Z35.

Art. 24

Le ministre de la santé et de la prévention, en charge de la protection sociale généralisée, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Journal officiel de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 27 mars 2019.

Pour le Président absent :

Le ministre du logement
et de l'aménagement du territoire,
Jean-Christophe BOUISSOU.

Par le Président de la Polynésie française :

Le ministre de la santé
et de la prévention,
Jacques RAYNAL.

Annexe I définissant les lettres clés *Rédaction issue de Arrêté n° 867 CM du 6 juin 2019*

Annexe II fixant la liste des autres actes spécifiques *Rédaction issue de Arrêté n° 1959 CM du 29 octobre 2024*

Voir toutes les modifications dans le temps :

- [Arrêté n° 775 CM du 24 mai 2019](#), JOPF n° 44 N du 31/05/2019 à la page 9592
- [Arrêté n° 867 CM du 6 juin 2019](#), JOPF n° 48 N du 14/06/2019 à la page 10253
- [Arrêté n° 447 CM du 27 mars 2019](#), JOPF n° 28 N du 05/04/2019 à la page 6085
- [Arrêté n° 3099 CM du 20 décembre 2019](#), JOPF n° 104 N du 27/12/2019 à la page 24102
- [Arrêté n° 862 CM du 26 juin 2020](#), JOPF n° 54 N du 07/07/2020 à la page 9237
- [Arrêté n° 2544 CM du 23 décembre 2020](#), JOPF n° 136 NS du 29/12/2020 à la page 10966
- [Arrêté n° 473 CM du 31 mars 2021](#), JOPF n° 29 N du 09/04/2021 à la page 6529
- [Arrêté n° 1427 CM du 30 juillet 2021](#), JOPF n° 63 N du 06/08/2021 à la page 17475
- [Arrêté n° 533 CM du 30 mars 2023](#), JOPF n° 27 N du 04/04/2023 à la page 7691

- [Arrêté n° 1239 CM du 31 juillet 2024](#), JOPF n° 87 N du 07/08/2024 à la page 13192
- [Arrêté n° 1562 CM du 6 septembre 2024](#), JOPF n° 102 N du 11/09/2024 à la page 16593
- [Arrêté n° 1959 CM du 29 octobre 2024](#), JOPF n° 125 N du 01/11/2024 à la page 20398

Annexe I définissant les lettres clés

Les lettres clés sont définies ainsi qu'il suit :

- **C** - Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme ;
- **CS** - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié ;
- **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 ou d'un neurologue ;
- **AVY** - Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue ;
- **CCP** - Consultation de contraception et de prévention pour les mineures ;
- **CNPSY** - Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié ;
- **V** - Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme ;
- **VS** - Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié ;
- **VNPSY** - Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié ;
- **K** - Acte de chirurgie et de spécialité pratiqué par le médecin ;
- **Z** - Acte utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin ou le chirurgien-dentiste ;
- **ORT** - Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqué par le médecin ;
- **TO** - Traitement d'orthopédie dento-faciale pratiqué par le chirurgien-dentiste ;
- **SC** - Soins conservateurs pratiqués par le chirurgien-dentiste ;
- **SP** - Séance de suivi post natal réalisée par la sage femme ;
- **SF** - Acte pratiqué par la sage-femme ;
- **SFI** - Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme ;
- **AMS** - Acte de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectué par le masseur-kinésithérapeute ;
- **AMK** - Acte pratiqué par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé ;
- **AMC** - Acte pratiqué par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre qu'un acte qui donne lieu à application de la lettre clé AMK ;
- **AMI** - Acte pratiqué par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception de l'acte infirmier de soins qui donne lieu à application de la lettre clé AIS ;
- **AIS** - Acte infirmier de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades ;
- **DI** - Démarche de soins infirmiers ;
- **AMP** - Acte pratiqué par le pédicure-podologue ;
- **AMO** - Acte pratiqué par l'orthophoniste ;
- **AMY** - Acte pratiqué par l'orthoptiste.

Annexe II fixant la liste des autres actes spécifiques, leur code acte, leur lettre clé et le coefficient affectés à chacun de ces actes

1. ACTES DE TRAITEMENT DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

1.1. PLAIES RÉCENTES OU ANCIENNES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- ficient	Lettre clé
	Nettoyage ou pansement d'une brûlure :		
01010101	-surface au-dessous de 10 cm ²	9	K
01010102	-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		

2. ACTES PORTANT SUR LES TISSUS EN GÉNÉRAL

2.1. PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUSCUTANÉ

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- ficient	Lettre clé
02010101	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
02010102	Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique	5	K
02010103	Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique	7	K
02010104	-si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains	10	K
02010105	Ponction d'abcès ou de ganglion	3	K

2.2. OS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- ficient	Lettre clé
02020101	Ponction biopsique osseuse	5	K

2.3. ARTICULATIONS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- ficient	Lettre clé
	Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :		
02030101	-toutes articulations sauf la hanche	5	K
02030102	-hanche	10	K

2.4. VAISSEAUX

2.4.1. ARTÈRES ET VEINES

2.4.1.1. PONCTIONS VASCULAIRES ET ACTES DE TRANSFUSION SANGUINE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
02040101	Ponction d'un tronc veineux de la tête et du cou	3	K ou AMI
02040102	Ponction artérielle percutanée	5	K ou AMI

2.4.1.2. CANCÉROLOGIE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	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 oeuvre de la thérapeutique : injection intraveineuse (l'acte d'injection est compris dans la séance), ou intrathécale, ou intravésicale, ou intrapéritonéale ou intraartérielle ; 6) le nom de la structure à compétence carcinologique dans laquelle le traitement est effectué.			
	Séance de perfusion de substances antimétaboliques, quels que soient le ou les produits utilisés :			
02040201	-perfusion courte ("bolus"), par séance d'une durée inférieure à six heures	15	K	AP
02040202	-perfusion semicontinue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures	20	K	AP
02040203	-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 :			
02040204	-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
02040205	-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

2.5. NERFS

CHAPITRE I -

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Infiltrations percutanées :		
02050101	Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.)	5	K

3. ACTES PORTANT SUR LA TÊTE

3.1. CRÂNE ET ENCÉPHALE

3.1.1. INVESTIGATIONS NEUROLOGIQUES CENTRALES ET PÉRIPHÉRIQUES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
03010101	Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection médicamenteuse, avec ou sans épreuve au manomètre de Queckenstedt Stookey	8	K

3.2. ORBITE - OEIL

3.2.1. ORTHOPTIE : BILANS ET RÉÉDUCTIONS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
	Le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif. Ce bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste. L'orthoptiste détermine la nature et le nombre des séances de rééducation, les actes et les techniques appropriées. L'orthoptiste établit la demande d'accord préalable qui est adressée au praticien-conseil avec un double de la prescription initiale du bilan. L'orthoptiste informe le médecin prescripteur de l'éventuelle adaptation 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. À 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.			
03020101	Mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation	8,5	AMY	
03020102	Bilan orthoptique des déficiences visuelles d'origine périphérique ou neuro-ophtalmologique (basse vision) avec un maximum de deux bilans par an. La réalisation du 2ème 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,	30	AMY	

	-le bilan des déséquilibres oculomoteurs			
03020103	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 2ème 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	
03020104	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
03020105	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
03020106	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
03020107	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
	Les actes de rééducation s'adressent à des personnes atteintes de déséquilibres binoculaires, d'hétérophorie, de strabisme, d'amblyopie fonctionnelle ou à des personnes ayant une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle susceptible de compromettre les apprentissages ou la réalisation des actes essentiels au maintien de l'autonomie.			
03020108	Rééducation d'une déficience visuelle d'origine organique ou fonctionnelle. 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) -d'une durée de l'ordre de 60 mn pour les patients de plus de 16 ans	16,2	AMY	AP
03020109	-d'une durée de l'ordre de 40 mn pour les patients de 3 à 16 ans	11,2	AMY	
03020110	-d'une durée de l'ordre de 30 mn pour l'enfant de moins de 3 ans	10,2	AMY	
03020111	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 nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	5,6	AMY	AP
03020112	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 nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	6,1	AMY	AP
03020113	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 nouvelle demande d'accord préalable dans le cadre de la prescription médicale initiale.	4	AMY	AP

3.2.2. ORTHOPTIE : ACTES AVEC ENREGISTREMENTS

Les enregistrements visés par le présent article peuvent être pris en charge ou remboursés par les régimes de protection sociale lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin sans réalisation d'un bilan au préalable.

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- -ficient	Lettre clé	AP
03020201	Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée sans mesure de seuil	9,5	AMY	
03020202	Périmétrie (champ visuel) ou campimétrie réalisée avec mesure de seuil	10,3	AMY	
03020203	Courbe d'adaptation à l'obscurité,	9	AMY	
03020204	Exploration du sens chromatique,	6	AMY	
03020205	Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score.	9	AMY	
03020206	Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur avec télétransmission au médecin lecteur <i>La facturation de cet acte est conditionnée à :</i> - une formation - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque oeil : 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'oeil, 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.	6,7	AMY	
03020207	Acte de dépistage de la rétinopathie diabétique par rétinographie en couleur avec transmission par autre moyen que la télétransmission au médecin lecteur <i>La facturation de cet acte est conditionnée à :</i> - une formation - la réalisation de 2 clichés numériques de chaque oeil : 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'oeil, 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	

3.3. FACE

3.3.1. SINUS

Code acte	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
03030101	Ponction isolée du sinus maxillaire	10	K

3.4. BOUCHE - PHARYNX (PARTIES MOLLES)

3.4.1. TRAITEMENT DE TUMEURS DIVERSES

Code acte	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
	Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :		
03040101	- d'une lésion intrabuccale de l'oropharynx	5	K
03040102	- d'une lésion intrabuccale de l'hypopharynx ou du cavum	10	K
03040103	Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne	5	K

3.5. MAXILLAIRES

3.5.1. ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- -ficient	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			
03050101	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	
03050102	- 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 4.1.1 de la présente annexe. 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 :			
03050103	- par période de six mois	90	TO ou ORT	AP
03050104	- 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.			
03050105	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 :			
03050106	- première année	75	TO ou ORT	AP
03050107	- deuxième année	50	TO ou ORT	AP
03050108	Disjonction intermaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	180	TO ou ORT	AP
	Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :			
03050109	- forfait annuel, facturé à la fin de l'année de soins	200	TO ou ORT	AP
03050112	ou	100		
	- forfait semestriel, facturé à la fin du semestre de soins			
03050110	- en période d'attente	60	TO ou ORT	AP
03050111	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			

4. ACTES PORTANT SUR LE COU

4.1. LARYNX

4.1.1. RÉÉDUCATION DES TROUBLES DE LA VOIX, DE LA PAROLE, DE LA COMMUNICATION ET DU LANGAGE

Les cotations des actes de cet article ne sont pas cumulables entre elles au cours d'une même séance.

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- -ficient	Lettre clé	AP
-----------	-----------------------	-------------------	---------------	----

	<p>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.</p> <p>Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :</p> <p>1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire :</p> <p>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.</p> <p>Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable;</p> <p>2. Bilan orthophonique d'investigation :</p> <p>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. L'orthophoniste établit une demande d'accord préalable.</p> <p>À la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur. Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande.</p> <p>Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles.</p> <p>En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30 %.</p>			
	1) Bilan avec compte rendu écrit obligatoire			
04010101	Bilan de la déglutition et des fonctions vélo-tubo-tympaniques	24	AMO	
04010102	Bilan de la phonation	34	AMO	
04010103	Bilan des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité	34	AMO	
04010104	Bilan de la communication et du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition de la communication et du langage écrit	34	AMO	
04010105	Bilan de la communication et du langage écrit	34	AMO	
04010106	Bilan de la cognition mathématique (troubles du calcul, troubles du raisonnement logico-mathématique...)	34	AMO	
04010107	Bilan des troubles d'origine neurologique	40	AMO	
04010108	Bilan des bégaiements et des autres troubles de la fluence	40	AMO	
04010109	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	AMO	
	<p>R�ducation individuelle (accord préalable valable pendant 1 an et pour un nombre maximum de 100 séances)</p> <p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 30 séances peut être reconduite sans demande d'entente préalable par séries de 20 séances au maximum.</p> <p>Si, � l'issue des 50 premières séances, la r�ducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste.</p> <p>La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
04010110	R�ducation des troubles de l'articulation, par séance	8	AMO	AP
04010111	R�ducation de la déglutition dysfonctionnelle, par séance	8	AMO	AP

04010112	Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	8	AMO	AP
04010113	Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, et les dyskinésies laryngées, par séance	11,4	AMO	AP
04010114	Rééducation des dysphagies, par séance	11	AMO	AP
04010115	Rééducation des anomalies des fonctions oro-myo-faciales et de l'oralité, par séance	13,5	AMO	AP
04010116	Éducation à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, avec ou sans prothèse phonatoire, par séance	11,2	AMO	AP
04010117	Rééducation des troubles de la communication et du langage écrit, par séance	10,1	AMO	AP
04010118	Rééducation des troubles de la cognition mathématique (dyscalculie, troubles du raisonnement logico-mathématique...), par séance	10,2	AMO	AP
04010119	Rééducation des troubles du graphisme et de l'écriture, par séance	10	AMO	AP
04010120	Rééducation des retards de parole, des troubles de la communication et du langage oral, par séance	12,1	AMO	AP
04010121	Rééducation des bégaiements et des autres troubles de la fluence, par séance	12,2	AMO	AP
04010122	Rééducation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12	AMO	AP
	<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 50 séances peut être reconduite sans demande d'entente préalable par séries de 50 séances au maximum.</p> <p>La reconduction est accompagnée d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste.</p> <p>La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
04010123	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	13,8	AMO	AP
	<p>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.</p> <p>La première série de 50 séances peut être reconduite sans demande d'entente préalable par séries de 50 séances au maximum.</p> <p>La reconduction est accompagnée d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste.</p> <p>La poursuite du traitement est mise en œuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			
04010124	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 d'origine vasculaire, tumorale ou post traumatique par séance	15,7	AMO	AP
04010125	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	15,6	AMO	AP

	pathologies neuro-dégénératives par séance			
	<p>Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière.</p> <p>La première série de 50 séances peut être reconduite sans demande d'entente préalable par séries de 50 séances au maximum.</p> <p>La reconduction est accompagnée d'une note d'évolution au médecin prescripteur.</p> <p>Si, à l'issue des 100 premières séances, la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste.</p> <p>La poursuite du traitement est mise en oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.</p>			AP
04010126	Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes	14	AMO	AP
04010127	Démütisation, 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	AP
04010141	Rééducation en groupe homogène hors acte en rééducation individuelle exclusive, par séance et par patient, en présentiel 4 patients maximum par séance	9	AMO	AP

5. ACTES PORTANT SUR LE THORAX

5.1. PLÈVRE - POUMONS

5.1.1. ACTES DE CHIRURGIE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
05010101	Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique)	4	K

6. ACTES PORTANT SUR L'ABDOMEN

6.1. PAROI ABDOMINALE, GRANDE CAVITÉ PÉRITONÉALE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
06010101	Ponction de l'abdomen	10	K

6.2. ESTOMAC ET INTESTIN

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
06020101	Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux	10	K
06020102	Lavage d'estomac	10	K
06020103	Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodéal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours)	15	K
06020104	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	10	K

	intervention.		
--	---------------	--	--

6.3. FOIE, VOIES BILIAIRES, PANCRÉAS

Code acte	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
06030101	Prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate pour examen	10	K

7. ACTES PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ

7.1. EN DEHORS DE LA GESTATION

7.1.1. INTERVENTIONS PAR VOIE BASSE

Code acte	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
	Gynécologie médicale :		
07010101	Prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre	3	K

7.1.2. SUIVI GYNÉCOLOGIQUE RÉALISÉ PAR LA SAGE-FEMME

Code acte	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
07010102	Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	22,4	SF

7.2. ACTES LIÉS À LA GESTATION ET À L'ACCOUCHEMENT

7.2.1. ACTES RÉALISÉS PAR LES MÉDECINS.

1° 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 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 (code 07020101) : **2,5 C**

Les séances suivantes peuvent être collectives. Elles doivent comporter un travail corporel qui est évalué individuellement.

- Séances suivantes dispensées jusqu'à trois personnes simultanément (par patiente) (code 07020102) : **2 C**
- Séances suivantes dispensées à plus de trois personnes simultanément et jusqu'à un maximum de six personnes (par patiente) (code 07020103) : **0,9 C**

2° 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 prévu dans les huit jours qui suivent la naissance.

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 (code 07020104) : **C ou CS**.

7.2.2. 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.

1° Notations propres à la sage-femme :

Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive (code acte : 07020201) : **9 SF**

Observation et traitement 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 (code acte : 07020202) : **15 SF**
- grossesse multiple (code acte : 07020203) : **22 SF**

Observation et traitement au cabinet 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 (code acte : 07020204) : **12 SF**
- grossesse multiple (code acte : 07020205) : **19 SF**

Examen de fin de grossesse (avec un maximum de deux) au dernier mois (sauf urgence), comportant l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et éventuellement une amnioscopie :

- grossesse unique (code acte : 07020206) : **12 SF**
- grossesse multiple (code acte : 07020207) : **19 SF**

Pour les trois 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.

2° 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 :

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 :

Il s'agit d'un entretien 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 1er 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 ;
- 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).

➤ Première séance pour la patiente ou le couple (code acte : 07020208) : **SF15**.

• 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.

A partir de la deuxième séance, les séances individuelles sont réservées aux situations de vulnérabilité.

➤ A partir de la deuxième séance :

- séances dispensées à 1 seule femme ou couple, la séance par patiente ou couple (code acte : 07020209) : **SF12**
- séances dispensées à 2 ou 3 femmes ou couples simultanément, la séance par patiente ou couple (code acte : 07020210) : **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 (code acte : 07020211) : **SF6**

3° Forfait journalier de surveillance à domicile, pour la mère et l'(les) enfant(s), de J1 à J12 (J0 étant le jour de l'accouchement).

Pour un enfant :

- pour les deux premiers forfaits (code acte : 07020212) : **16,5 SF**
- pour les autres forfaits (code acte : 07020213) : **12 SF**

Pour deux enfants ou plus :

- pour les deux premiers forfaits (code acte : 07020214) : **23 SF**
- pour les autres forfaits (code acte : 07020215) : **17 SF**

La consultation ou la visite ne sont pas cumulables avec un acte inscrit à la nomenclature.

4° Séances de suivi postnatal

Il s'agit de séance individuelle, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme comportant des actions de prévention et de suivi éducatif 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 postnatales ont pour objectifs :

- de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
- de favoriser les liens d'attachement mère enfant ;
- de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- de rechercher des signes de dépression du post-partum ;
- d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité.

Deux séances individuelles sont prises en charge du 8ème jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal.

La séance de suivi postnatal est facturée **SP** (code acte : 07020216).

8. ACTES PORTANT SUR LE MEMBRE INFÉRIEUR

8.1. PIED

8.1.1. ACTES DE PÉDICURIE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
08010101	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	4	AMP ou AMK	AP
08010102	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	6	AMP ou AMK	AP
08010103	Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	2	AMP ou AMK	AP
08010104	Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	3	AMP ou AMK	AP
08010105	Pansement petit	1.50	AMP	
08010106	Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,50	AMP	
08010107	Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	3	AMP	
08010108	Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	2	AMP	
	Traitement pédicural de cas pathologiques du domaine du pédicure (hygromas, onyxis, etc.) non justiciable d'un acte opératoire, suivant prescription médicale, pansement compris :			
08010109	- pour la première séance (comprenant un bilan podologique écrit, une proposition de soins, les soins et pansements)	7	AMP	
08010110	- pour les suivantes	4	AMP	

9. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES TROUBLES MENTAUX

9.1. ACTES DE THÉRAPEUTIQUE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
09010101	Délivrance à domicile d'un certificat d'internement	10	K	
09010102	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.	0,8	CNPSY	
	Psychothérapie de groupe (accord préalable obligatoire), la séance d'une durée moyenne de 3/4 d'heure :			

09010103	- moins de 4 ou 5 malades, par malade	3	K	AP
09010104	- de 6 ou 8 malades, par malade	2	K	AP
09010105	- de 8 ou 9 malades, par malade	1,5	K	AP

10. ACTES DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

Par dérogation à l'article 5 de l'arrêté, les actes du présent titre peuvent être pris en charge ou remboursés par les régimes de protection sociale, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute.

Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du 10.5 du présent titre, la Haute Autorité de Santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les régimes de protection sociale.

Les actes des 10.2, 10.3 et 10.4 du présent titre réalisés pour des situations de rééducation figurant au 10.5 du présent titre sont soumis à la formalité de l'accord préalable selon deux modalités :

a) pour les rééducations figurant au a) du 10.5 du présent titre, une demande d'accord préalable doit être faite par le professionnel de santé réalisant les actes avant de débiter 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 rééducations figurant au b) du 10.5 du présent titre, 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-II 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.

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 10.3, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage femme pour les actes du 10.2.8, 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 du 10.2.8, 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.

Ainsi, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

10.1. ACTES DE DIAGNOSTIC

10.1.1. ACTES ISOLÉS

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.

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- ficient	Lettre clé
	Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :		AMK ou AMC
10010101	- pour un membre	5	AMK ou AMC
10010102	- pour deux membres ou un membre et le tronc	8	AMK ou AMC
10010103	- pour tout le corps	10	AMK ou AMC
	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 :		
10010104	- pour un membre	5	AMK ou AMC
10010105	- pour deux membres	10	AMK ou AMC
10010106	- pour tout le corps	20	AMK ou AMC

10.1.2. 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 œuvre (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.

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

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	La cotation en AMS, AMK ou AMC du bilan est forfaitaire. Elle ne peut être appliquée que pour un nombre de séances égal ou supérieur à 10.		
10010201	Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 20, puis de nouveau toutes les 20 séances pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au 10.2 ou 10.3, sauf exception ci-dessous.	10,7	AMS, AMK ou AMC
10010202	Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 10 et 50, puis de nouveau toutes les 50 séances pour traitement de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires.	10,8	AMK ou AMC

10.2. TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES

10.2.1. RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS ORTHOPÉDIQUES ET RHUMATOLOGIQUES (ACTES AFFECTÉS DE LA LETTRE CLÉ AMS)

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
10020101	Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre)	7,5 7	AMS K
10020102	Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9,5 9	AMS K
	Rééducation et réadaptation, après amputation y compris l'adaptation à l'appareillage:		
10020103	- amputation de tout ou partie d'un membre	8,5	AMS K
10020104	- amputation de tout ou partie de plusieurs membres	10,5	AMS K
	Les cotations afférentes aux quatre actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.		
10020105	Rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et	7,5	AMS ou

	la localisation de la pathologie traitée (la cotation. est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur)		K
10020106	Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis	7,5	AMS ou K

10.2.2. RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS RHUMATISMALES INFLAMMATOIRES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde...)		
10020201	- atteinte localisée à un membre ou le tronc	7	AMK ou AMC
10020202	- atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9	AMK ou AMC

10.2.3. RÉÉDUCATION DE LA PAROI ABDOMINALE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
10020301	Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	7	AMK ou AMC
10020302	Rééducation abdominale du post-partum	7	AMK ou AMC

10.2.4. RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES D'AFFECTIONS NEUROLOGIQUES ET MUSCULAIRES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires:		
10020401	- atteintes localisées à un membre ou à la face	8	AMK ou AMC
10020402	- atteintes intéressant plusieurs membres	10	AMK ou AMC
10020403	Rééducation de l'hémiplégie	9	AMK ou AMC
10020404	Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	11	AMK ou AMC
	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 :		
10020405	- localisation des déficiences à un membre et sa racine	8	AMK ou AMC
10020406	- localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc et de la face	10	AMK ou AMC
	Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.		
10020407	Rééducation des malades atteints de myopathie	11	AMK ou AMC
10020408	Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile	11	AMK ou AMC

10.2.5. RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
10020501	Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une	8	AMK ou AMC

	<p>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. Par dérogation aux dispositions liminaires du 10.2, dans les cas où l'état du patient nécessite la conjonction d'un acte de rééducation respiratoire (pour un épisode aigu) et d'un acte de rééducation d'une autre nature, les dispositions de l'article 11 B des dispositions générales sont applicables à ces deux actes</p>		
10020502	<p>Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)</p>	8	AMK ou AMC
10020503	<p>Rééducation respiratoire pré-opératoire ou post-opératoire</p>	8	AMK ou AMC
10020504	<p>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</p>	10	AMK ou AMC
	<p>Lorsque 2 séances non consécutives sont réalisées dans la même journée, chaque séance est cotée AMK 10.</p>		
10020505	<p>Réadaptation respiratoire kinésithérapique pour les patients atteints de handicap respiratoire chronique et prise en charge individuelle Comprenant : - kinésithérapie respiratoire ; - réentraînement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. Conditions de facturation : - Obligations de formations (compétences en réhabilitation respiratoire) et de moyens (disposer de matériel de désencombrement bronchique et de réentraînement à l'exercice) attesté par un enregistrement préalable à la CPS. - Prise en charge par l'assurance maladie en Longue Maladie 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.</p>	28	AMK ou AMC
10020506	<p>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 individuel Comprenant : - kinésithérapie respiratoire en prise en charge individuelle ; - réentraînement à l'exercice sur machine ; - renforcement musculaire ; - éducation à la santé. Conditions de facturation : - Obligations de formations (compétences en réhabilitation respiratoire) et de moyens (disposer de matériel de désencombrement bronchique et de réentraînement à l'exercice) attesté par un enregistrement préalable à la CPS. - Prise en charge par l'assurance maladie en Longue Maladie pour broncho-pneumopathie chronique obstructive « BPCO ». - Séances d'une durée de l'ordre de 1h30 à raison d'une séquence</p>	20	AMK ou AMC

	de 20 séances en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient.		
--	---	--	--

10.2.6. RÉÉDUCATION DANS LE CADRE DES PATHOLOGIES MAXILLO-FACIALES ET OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- ficient	Lettre clé
10020601	Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7	AMK ou AMC
10020602	Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	7	AMK ou AMC
10020603	Rééducation des troubles de la déglutition isolés	7	AMK ou AMC

10.2.7. RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS VASCULAIRES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- ficient	Lettre clé
10020701	Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	7	AMK ou AMC
10020702	Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	7	AMK ou AMC
	Rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie, lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel:		
10020703	- pour un membre ou pour le cou et la face	7	AMK ou AMC
10020704	- pour deux membres	9	AMK ou AMC
10020705	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 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 contro latéral, - 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 - 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.	15,5	AMK ou AMC

	Le nombre optimal de séances est de 10. Les cas exceptionnels nécessitant plus de 10 séances devront être précédés par un BDK. <i>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</i> 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 :		
10020708	- un membre	1	AMK ou AMC
10020709	- deux membres	2	AMK ou AMC

10.2.8. RÉÉDUCATION DES CONSÉQUENCES DES AFFECTIONS PÉRINÉOSPHINCTÉRIENNES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
10020801	Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	8 7	AMK ou AMC SF	

10.2.9. RÉÉDUCATION DE LA DÉAMBULATION DU SUJET ÂGÉ

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.		
10020901	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	AMK ou AMC
10020902	Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes)	6	AMK ou AMC
	Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en œuvre de la rééducation précédente.		

10.2.10. RÉÉDUCATION DES PATIENTS ATTEINTS DE BRÛLURES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.		
10021001	Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	7	AMK ou AMC
10021002	Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9	AMK ou AMC

10.2.11. SOINS PALLIATIFS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
10021101	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	AMK ou AMC

10.3. MODALITÉS PARTICULIÈRES DE CONDUITE DU TRAITEMENT

10.3.1. TRAITEMENTS DE GROUPE

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les 10.2.1 à 10.2.4. 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 10.2.

10.3.2. 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 10.2.

10.4. DIVERS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Kinébalnéothérapie : Pour les actes du 10.2, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément selon les cas suivants :		
10040101	- en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m)	1,2	AMS, AMK ou AMC
10040102	- en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m)	2,2	AMS, AMK ou AMC

10.5. (MODIFIE ARR N° 775 CM DU 24/05/19) RÉÉDUCTIONS SOUMISES A RÉFÉRENTIEL

- Situations médicales ne nécessitant qu'à titre exceptionnel d'engager une rééducation ; dans ce cas un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire avant de commencer le traitement :
-rééducation après libération du nerf médian au canal carpien
- Situations médicales nécessitant à titre exceptionnel un accord préalable du service du contrôle médical pour la prolongation des séances au-delà du traitement habituel défini :

Rééducation	Traitement habituel	Nécessité d'un accord préalable
après entorse externe récente de cheville-pied	de 1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance
après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	de 1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	de 1 à 40 séances	à partir de la 41 ^{ème} séance
après arthroplastie de hanche par prothèse totale	de 1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
après ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	de 1 à 15 séances	à partir de la 16 ^{ème} séance
après réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	de 1 à 50 séances	à partir de la 51 ^{ème} séance
<i>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).</i>		
dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16 ^{ème} séance à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour lombalgie commune ont été prises en

		charge dans les 12 mois précédents
dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16 ^{ème} séance à partir de la 31 ^{ème} séance, si 30 séances pour cervicalgie non spécifique sans atteinte neurologique ont été prises en charge dans les 12 mois précédents
après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	de 1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance
après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	de 1 à 30 séances pour une série d'actes	à partir de la 31 ^{ème} séance
après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	de 1 à 30 séances	à partir de la 31 ^{ème} séance
dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	de 1 à 10 séances	à partir de la 11 ^{ème} séance
dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée.	de 1 à 25 séances	à partir de la 26 ^{ème} séance

11. ACTES DIVERS

11.1. ACTES UTILISANT LES AGENTS PHYSIQUES

11.1.1. ÉLECTROTHÉRAPIE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
	Ces actes sont soumis à la formalité de l'accord préalable :			
11010101	1° Courants galvaniques, faradiques ou excitomoteurs, ultrasons, diathermie, ondes courtes en application de surface par séance d'une durée de 20 minutes comportant la mise en place d'électrodes fixes de surface au niveau de la peau	3	AMK, AMC ou AMS	AP
11010102	- en application intracavitaire	4	AMK, AMC ou AMS	AP
11010103	2° Courants excitomoteurs par électrode mobile ou courants progressifs	5	AMK, AMC ou AMS	AP

12. SOINS INFIRMIERS

12.1. SOINS DE PRATIQUE COURANTE

12.1.1. PRÉLÈVEMENTS ET INJECTIONS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
12010101	Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	AMI, SFI ou K
12010102	Saignée	5	AMI ou SFI
12010103	Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI, SFI ou K
12010104	Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI, SFI ou K
12010105	Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI,

			SFI ou K
12010106	Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI, SFI ou K
12010107	Injection intramusculaire	1	AMI ou SFI
12010108	Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
12010109	Injection sous-cutanée	1	AMI ou SFI
12010110	Injection intradermique	1	AMI ou SFI
12010111	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
12010112	Injection d'un implant souscutané	2,5	AMI ou SFI
12010113	Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI

12.1.2. PANSEMENTS COURANTS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
12010201	Pansement de stomie	2	AMI ou SFI
12010202	Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	2,25	AMI ou SFI
12010203	Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
12010204	Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
12010205	Autre pansement	2	AMI ou SFI

12.1.3. PANSEMENTS LOURDS ET COMPLEXES

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
<i>(supprimé arr n° 775 CM du 24/05/19)</i>	Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse :		
12010302	Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou SFI
12010303	Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou SFI
12010304	Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage et régularisation	4	AMI ou SFI
12010305	Pansement de fistule digestive	4	AMI ou SFI
12010306	Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou SFI
12010307	Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou SFI
12010308	Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou SFI
12010309	Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou SFI

12010310	<p>Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir.</p> <p>Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum.</p> <p>Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient.</p> <p>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.</p>	4,6	AMI ou SFI
12010311	<p>Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS.</p>	2	AMI ou SFI

12.1.4. POSE DE SONDE ET ALIMENTATION

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- -ficient	Lettre clé
12010401	Pose de sonde gastrique	3	AMI ou SFI
12010402	Alimentation entérale par nutri-pompe, y compris le rinçage et la surveillance, par séance	3	AMI ou SFI
12010403	Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le rinçage, le pansement et la surveillance, par séance	3,5	AMI ou SFI
12010404	Changement de bouton de gastrostomie, dans la limite de 4 par an	3	AMI ou SFI

12.1.5. SOINS PORTANT SUR L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- -ficient	Lettre clé
12010501	Séance d'aérosol	1,5	AMI ou SFI
12010502	Lavage d'un sinus	2	AMI ou SFI

12.1.6. SOINS PORTANT SUR L'APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- -ficient	Lettre clé
12010601	Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
12010602	Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
12010603	Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
12010604	Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
12010605	Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
12010606	Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI
12010607	Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
12010608	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		
12010609	Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
12010610	Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI
12010611	Retrait d'une sonde vésicale à demeure	2	AMI ou SFI
12010612	Changement de cathéter vésical sus-pubien	2	AMI ou SFI

12.1.7. SOINS PORTANT SUR L'APPAREIL DIGESTIF

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
12010701	Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25	AMI ou SFI
12010702	Lavement évacuateur ou médicamenteux	3	AMI ou SFI
12010703	Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3	AMI ou SFI

12.1.8. TEST ET SOINS PORTANT SUR L'ENVELOPPE CUTANÉE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
12010801	Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25	AMI ou SFI
12010802	Réalisation de test tuberculinique	0,5	AMI ou SFI
12010803	Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1	AMI ou SFI

12.1.9. SURVEILLANCE ET OBSERVATION D'UN PATIENT À DOMICILE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
12010901	Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ou troubles cognitifs (congénitaux, maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1	AMI ou SFI	
12010902	Au-delà du premier mois, par passage	1	AMI ou SFI	AP
	Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut pas les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux disposant de professionnels de santé pouvant réaliser ces soins.			
12010903	Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en oeuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, sauf pour les patients diabétiques insulino-dépendants, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1	AMI ou SFI	

12.1.10. SOINS INFIRMIERS À DOMICILE POUR UN PATIENT, QUEL QUE SOIT SON ÂGE, EN SITUATION DE DÉPENDANCE TEMPORAIRE OU PERMANENTE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
-----------	-----------------------	--------------	------------	----

	I- Élaboration de la démarche de soins infirmiers à domicile nécessaires à la réalisation de séances de soins infirmiers ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention d'un patient dépendant ou à la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue de favoriser son maintien, son insertion ou sa réinsertion dans son cadre de vie familial et social.			
	Pour un même patient :			
12011001	- la première démarche de soins infirmiers est cotée	1,5	DI	
12011002	- les démarches de soins infirmiers suivantes sont cotées	1	DI	
	<p>Les éventuelles démarches de soins infirmiers prescrites par le médecin au-delà de cinq sur douze mois, y compris la première, ne sont pas prises en charge par l'Assurance Maladie.</p> <p>La cotation de la démarche de soins infirmiers inclut :</p> <p>a) La planification des soins qui résulte de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. l'observation et l'analyse de la situation du patient ; 2. le ou les diagnostic(s) infirmier(s) ; 3. la détermination des objectifs de soins et des délais pour les atteindre, des actions de soins infirmiers ou de surveillance clinique infirmière et de prévention à effectuer ou de la mise en place d'un programme d'aide personnalisée ; <p>b) La rédaction du résumé de la démarche de soins infirmiers qui comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'une part : <ol style="list-style-type: none"> 1. les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ; 2. 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 ; 3. les autres risques présentés par le patient ; 4. l'objectif global de soins ; • d'autre part, la prescription : <ol style="list-style-type: none"> 1. de séances de soins infirmiers ; 2. ou de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ; 3. ou de mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée <p>Ou</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. de séances de soins infirmiers puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ; 5. de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée puis de séances de surveillance clinique infirmière et de prévention ; <p>c) La transmission du résumé de la démarche de soins infirmiers par l'infirmier au médecin. L'intégralité de la démarche de soins infirmiers est transmise au médecin prescripteur, au médecin-conseil et au patient, à leur demande.</p> <p>Pour un même patient :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le résumé de la première démarche de soins infirmiers est transmis par l'infirmier au médecin. Au terme d'un délai de 72 heures suivant cette transmission, ce résumé est considéré comme ayant l'accord tacite du médecin sauf observation de ce dernier ; 2. Les résumés des éventuelles démarches de soins suivantes sont signés par l'infirmier et par le médecin. <p>Le résumé de la démarche de soins infirmiers constitue le support de la demande d'accord préalable.</p>			
12011003	II - Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie,	3	AIS	AP

	<p>visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne</p> <p>La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.</p> <p>Par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des Dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation d'une perfusion, telle que définie au 12.2, ou d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse 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 12.2.7.</p> <p>La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers.</p> <p>Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à douze mois.</p> <p>Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers, excepté pour les patients grabataires dont l'état est permanent.</p>			
12011004	<p>III- Mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable d'une démarche de soins infirmiers.</p> <p>Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à douze mois.</p> <p>Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers, excepté pour les patients grabataires dont l'état est permanent</p>	3,1	AIS	AP
12011005	<p>IV- Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure</p>	4	AIS	AP
	<p>Cet acte comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ; - la vérification de l'observance du traitement et de sa planification; - le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ; - le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée; - la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ; - la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. <p>Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu conformément à l'article 11 B.</p> <p>La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers.</p>			

	Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à douze mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers, excepté pour les patients grabataires dont l'état est permanent			
--	---	--	--	--

12.1.11. GARDE À DOMICILE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
	Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole écrit			
	Par période de six heures :			
12011101	- entre 6 heures et 19 heures	13	AIS	AP
12011102	- entre 19 heures et 6 heures	16	AIS	AP
	La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde			

12.2. SOINS SPÉCIALISÉS

Soins demandant un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

12.2.1. SOINS D'ENTRETIEN DES CATHÉTERS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement:		
12020101	- cathéter péritonéal	4	AMI ou SFI
12020102	- cathéter extériorisé ou site implantable ou cathéter veineux central implanté par voie périphérique ou cathéter périnerveux	4	AMI ou SFI

12.2.2. INJECTIONS ET PRÉLÈVEMENTS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé	AP
12020201	Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péri-dural	5	AMI ou SFI	AP
12020202	Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4	AMI ou SFI	
12020203	Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3	AMI ou SFI	
12020204	Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1	AMI ou SFI	

12.2.3. PERFUSIONS

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.

Toute séance de perfusion comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, l'éventuelle pose ou retrait d'un dispositif, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance, l'organisation de contrôles, la gestion des complications éventuelles et l'arrêt de la perfusion, le jour même, avec le pansement.

Ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

Code acte	Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
12020301	Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à trente minutes, avec surveillance continue	9	AMI ou SFI
12020302	Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à trente minutes, sans surveillance continue	7	AMI ou SFI
12020303	Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà des 30 premières minutes, par tranche supplémentaire de 30 minutes effectuées (avec un maximum de trois heures par séance pour la surveillance continue)	3	AMI ou SFI
12020304	Forfait pour séance de perfusion, sans surveillance continue, d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance (dans la limite d'une facturation par 72h)	14	AMI ou SFI
12020305	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	5	AMI ou SFI
12020306	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)	3,9	AMI ou SFI
12020307	Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose	4,1	AMI ou SFI
12020308	Acte de pose d'un dispositif de perfusion veineuse. Cet acte ne se cumule pas avec un forfait de perfusion.	3,5	AMI ou SFI
12020309	Acte de pose d'un dispositif de perfusion sous-cutanée. Cet acte ne se cumule pas avec un forfait de perfusion.	2,9	AMI ou SFI
	Les actes du 12.2.3 se cumulent à taux pleins par dérogation à l'article 11B, le cas échéant en cas de séances itératives le même jour.		

12.2.4. ACTES DU TRAITEMENT À DOMICILE D'UN PATIENT IMMUNODÉPRIMÉ OU CANCÉREUX

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Soins portant sur l'appareil respiratoire		
12020401	Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI
	Injections :		
12020402	- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou SFI
12020403	- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
12020404	- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI

	Perfusions, surveillance et planification des soins : Dans les mêmes conditions que celles prévues au « 12.2.3 Perfusions »		
12020405	Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à trente minutes, avec surveillance continue	10	AMI ou SFI
12020406	Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à trente minutes, sans surveillance continue	8	AMI ou SFI
12020407	Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà des 30 premières minutes, par tranche supplémentaire de 30 minutes effectuées (avec un maximum de trois heures par séance pour la surveillance continue)	4	AMI ou SFI
12020408	Forfait pour séance de perfusion, sans surveillance continue, d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance (dans la limite d'une facturation par 72h)	15	AMI ou SFI
12020409	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	6	AMI ou SFI
12020410	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)	4,9	AMI ou SFI
12020411	Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose	5,1	AMI ou SFI
12020412	Acte de pose d'un dispositif de perfusion veineuse. Cet acte ne se cumule pas avec un forfait de perfusion.	4,5	AMI ou SFI
12020413	Acte de pose d'un dispositif de perfusion sous-cutanée. Cet acte ne se cumule pas avec un forfait de perfusion.	3,9	AMI ou SFI
	Les actes du 12.2.4 se cumulent à taux pleins par dérogation à l'article 11B, le cas échéant en cas de séances itératives le même jour.		

12.2.5. TRAITEMENT À DOMICILE D'UN PATIENT ATTEINT DE MUCOVISCIDOSE PAR PERFUSIONS D'ANTIBIOTIQUES SOUS SURVEILLANCE CONTINUE SELON LE PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE RÉDIGÉ PAR UN DES MÉDECINS DE L'ÉQUIPE SOIGNANT LE PATIENT

Code acte	Désignation de l'acte	Coef- -ficient	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...).		
12020501	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	15	AMI ou SFI

	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.		
--	--	--	--

12.2.6. PRISE EN CHARGE À DOMICILE D'UN PATIENT INSULINO-TRAITÉ

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
12020601	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 SFI
12020602	Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou SFI
12020603	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 démarche de soins infirmiers prévue 12.1.10.	4	AMI ou SFI
12020604	Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination	4	AMI ou SFI
	Ces actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11B.		

12.2.7. PRISE EN CHARGE SPÉCIALISÉE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
12020701	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 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,	5,8	AMI

	<ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la tenue d'une fiche de surveillance, - la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée. <p>Facturation</p> <p>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.</p> <p>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).</p> <p>Le nombre maximum de séances est de 15.</p> <p>La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.</p> <p>Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte.</p> <p>La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au 12.1.10, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au 12.2.6.</p>		
--	---	--	--

12.2.8. SOINS PORTANT SUR L'APPAREIL DIGESTIF ET URINAIRE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
12020801	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
12020802	Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI ou SFI
	Dialyse péritonéale par cycleur :		
12020803	- branchement ou débranchement, par séance	4	AMI ou SFI
12020804	- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI ou SFI

13. ACTES DE RADIODIAGNOSTIC

13.1. ACTES DE RADIODIAGNOSTIC PORTANT SUR LE SQUELETTE

13.1.1. TÊTE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
	Crâne, massif facial, sinus :		

13010101	Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, une incidence	15	Z
13010102	Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, deux ou trois incidences	18	Z
13010103	Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, quatre incidences et plus	26	Z
13010104	Examen radiographique des os propres du nez, y compris la cloison, incluant l'ensemble des incidences nécessaires	17	Z
13010105	Examen radiographique des articulations temporomaxillaires	19	Z
13010106	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	16	Z
13010107	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.		
13010108	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
13010109	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

13.2. EXAMENS DIVERS

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
13020101	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

13.3. EXAMENS UTILISANT DES APPAREILLAGES SPÉCIAUX

13.3.1. RADIOGRAPHIE EN COUPE

Code acte	Désignation de l'acte	Coef-ficient	Lettre clé
13030101	Tomographie, premier plan en coupe	35	Z
13030102	Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre	25	Z
13030103	Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans	15	Z