Arrêté du ministre de la santé n° 177-06 du 26 hija 1426 (27 janvier 2006) fixant la nomenclature générale des actes professionnels.
Le ministre de la santé,

Vu le dahir n° 1-59-367 du 21 chaabane 1379 (19 février 1960) portant réglementation de l'exercice des professions de pharmacien, chirurgien dentiste, herboriste et sage femme ;

Vu le dahir n° 1-57-008 du 21 chaabane 1379 (19 février 1960) réglementant le port du titre et l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecine promulguée par le dahir n° 1-96-123 du 5 rabii II 1417 (21 août 1996) telle qu'elle a été modifiée et complétée, notamment son article 71 ;

Vu le décret n° 2-97-421 du 25 joumada II 1418 (28 octobre 1997) pris pour l'application de la loi n° 10-94 relative à l'exercice de la médecine, notamment son article 18 ;

Après avis du conseil national de l'Ordre national des médecins,

Arrête :

Article premier : La nomenclature générale des actes professionnels prévue à l'article 71 de la loi n° 10-94 susvisée, est fixée à l'annexe jointe au présent arrêté. Cette nomenclature établit la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, les médecins dentistes, les sages-femmes et les paramédicaux, ci-après dénommés praticiens.

Elle s'impose aux praticiens pour déterminer et calculer le prix, des actes et soins médicaux pratiqués dans le secteur privé.

Article 2 : Est abrogé, à compter de la date de publication au *Bulletin officiel* du présent arrêté, l'arrêté du ministre de la santé publique n° 1341-77 du 2 moharrem 1398 (13 décembre 1977) fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Rabat, le 26 hija 1426 (27 janvier 2006).

Mohamed Cheik Biadillah.

Annexe à l'arrêté du ministre de la santé n° 177-06 du 26 hija 1426 (27 janvier 2006) Fixant la nomenclature générale des actes professionnels

Première Partie : Dispositions générales

Article premier :Lettres clés et coefficients

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

1. Lettre-clé

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

Selon le type de l'acte, les lettres-clés à utiliser sont les suivantes :

C : Consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste, médecin dentiste ou la sage-femme.

Cs : Consultation au cabinet par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié.

CNPSY : Consultation au cabinet par le médecin psychiatre ou neurologue.

V : Visite au domicile du malade par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste, le médecin dentiste ou la sage-femme.

Vs : Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié.

VNPSY : Visite au domicile du malade par le médecin neuropsychiatre, psychiatre ou neurologue.

K ou KC : Actes de chirurgie et de spécialités pratiquées par le médecin.

KE : actes d'échographie, d'échotomographie ou de doppler pratiqués par le médecin

P : Actes d'anatomie et de cytologie pathologiques pratiqués par le médecin spécialiste ou reconnu qualifié

Z : Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqués par le médecin ou le chirurgien-dentiste.

D : Actes pratiqués par le médecin dentiste ou le chirurgien-dentiste.

SF : Actes pratiqués par la sage-femme

SFI : Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMM : Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute.

AMI : Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière,

AMP : Actes pratiqués par le pédicure.

AMO : Actes pratiqués par l'orthophoniste.

AMY : Actes pratiqués par l'orthoptiste

2. Coefficient.

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

Article 2 : Remboursement d'un acte

Le praticien ou le paramédical doit indiquer sur la feuille de soins non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa notation, comportant la lettre clé prévue à l'article précédent, selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute et immédiatement après, le coefficient fixé par la nomenclature.

Article 3 :Remboursement par assimilation

Si un acte ne figure pas à la Nomenclature, il peut être assimilé à un acte de même importance portée sur la Nomenclature et, en conséquence, affectée du même coefficient que cet acte. Dans ce cas, le praticien doit mentionner sur la feuille de soins "actes assimilable" (K20 par exemple).

Les actes HN ne sont pris en charge que si leur assimilation est validée par le ministre de la santé sur proposition de la commission nationale de nomenclature instituée à cet effet. Cette commission tient ses travaux à la direction des hôpitaux et des soins ambulatoires qui en assure le secrétariat.

La commission nationale de nomenclature est composée de représentants des praticiens des deux secteurs public et privé, des représentants des organismes gestionnaires et du représentant de l'agence nationale de l'assurance maladie. Ces membres sont désignés, sur proposition de leurs organismes respectifs, par décision du ministre de la santé qui nomme un président parmi eux.

Article 4 :

Actes effectués par des sages-femmes ou des paramédicaux sous la surveillance et la responsabilité directe du médecin

Dans tous les cas où une sage-femme ou un paramédical exerce son activité professionnelle sous la responsabilité et la surveillance directe d'un médecin pouvant contrôler et intervenir à tout moment, la cotation s'effectue sur la base de la lettre clé correspondant à la qualité du paramédical 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 le paramédical pour attester l'exécution de l'acte et par le médecin pour la perception des honoraires.

Article 5 : Accord préalable

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

1 - les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation,

2 - les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée dans la présente nomenclature.

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

Article 6:

Acte global et actes isolés

A) Acte global.

es 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 préopératoires ;

- 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 du malade 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 actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade ;

  * les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention ;

  * la fourniture des articles de pansement.

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

B) Acte isolé.

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

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

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

Article 7 :

Cotation d'un second acte dans le délai de dix ou vingt jours
Si, durant les dix ou vingt jours fixés à l'article 6 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 dix ou vingt jours selon qu'il y a ou non hospitalisation.

Article 8 :

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

Si, durant les dix ou vingt jours fixés à l' article 7 ci-dessus, il se présente une affection médicale intercurrente, nécessitant l'intervention d'un médecin autre que l'opérateur, les soins dispensés donnent lieu à honoraires, indépendamment de ceux relatifs à l'intervention chirurgicale.

Article 9 :

Actes multiples au cours de la même séance

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

Les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance, sauf exceptions prévues ci-dessous.

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

Exceptions :

a) Le cumul des honoraires prévus pour la radiographie pulmonaire avec les honoraires de la consultation est autorisé pour les médecins pneumo-phtisiologues.

b) 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 soins 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, D, SF, SFI, AMM, AMP, AMO, AMY, AMI, KE, 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 soins. 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 (1).

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 ou des paramédicaux 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 :

a) aux actes nécessitant l'utilisation de radiations ionisantes ;

b) à l'électrodiagnostic de stimulation et à l'électromyogramme figurant au titre III, chapitre I article 1 de la présente nomenclature ;

c) en odontostomatologie, lorsqu'un acte isolé et distinct est accompli lors d'une des séances d'un traitement global.

d) Aux actes d'anatomie et de cytologie pathologiques.

Article 10 : 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 médecin ne signe la feuille de soins 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 (exemple K 50 x 1/3).

S'il s'agit d'une série de séances qui a été interrompue, le médecin indique le nombre de séances effectuées.

_____

(1) Exemple. - Soit un acte coté K 20 et un acte coté K 10 effectués dans la même séance, les honoraires sont de k20 k10/2et non K25, afin de permettre l'application de la règle prévue au paragraphe B de l'article 7.

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 soins uniquement sous cette forme, et ne peut être décomposé en actes isolés.

C. - Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a été effectuée en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune majoration, sauf indication contraire portée à la nomenclature.

Article 11 : Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade

Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du praticien sont remboursés, en sus de la valeur propre de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la

distance parcourue.

Indemnité horokilométrique (IK)

Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du praticien ne sont pas situés dans la même agglomération et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2.

L'indemnité horokilométrique s'ajoute à la valeur propre 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, D, SF, SFI, AMI, AMM, AMP et AMO, l'indemnité horokilométrique se cumule avec l'indemnité forfaitaire. Elle est calculée et remboursée dans les conditions ci-après :

1° L'indemnité due au praticien est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne. Il n'y a pas lieu à abattement pour les visites et les accouchements effectués par les sages-femmes.

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

Article 12 : 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 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures.

A) Actes effectués par les médecins, les médecins dentistes, 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 celles des actes *K, KE, Z, D,* et SF d'un coefficient inférieur à 15 et au forfait d'accouchement, s'ajoute une majoration du dimanche ou une majoration de nuit, dont la valeur est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres-clés prévues à l'article 2.

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

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

Actes de nuit

Pour les actes en K, Ke , Z, D et 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, KE, Z, D et 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 paramédicaux (et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers).

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

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.

Article 13 : Contenu de la consultation, de la visite

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

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

La consultation ou la visite du médecin spécialiste ou reconnu qualifié ou du médecin dentiste, chirurgien-dentiste, 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 de l'acte pratiqué.

Article 14 : Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en cardiologie

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

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

Article 15 : Consultation a approfondie annuelle au cabinet par le médecin pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée

La consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin spécialiste ou éventuellement généraliste pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée a pour objectif de réaliser un bilan approfondi de l'état de santé du patient.

Cette consultation approfondie fait le point sur l'ensemble des problèmes du patient,

sur la coordination de ses soins, sur les interventions éventuelles des autres professionnels de santé et contribue à son éducation sanitaire et thérapeutique, notamment par des conseils d'hygiène de vie.

Elle donne lieu à la rédaction d'un compte rendu conservé dans le dossier du patient.

Article 16 : Visite unique pour plusieurs malades

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

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

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

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

Article 18 : Consultations faisant intervenir deux médecins

Les praticiens agissant à titre de consultants ne peuvent porter sur les feuilles de soins les cotations prévues ci-dessous qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :

- ne se rendre au domicile du malade ou ne le recevoir à leur cabinet qu'avec le médecin traitant ou à sa demande ;

- ne pas donner au malade des soins continus, mais laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de leurs prescriptions.

A) Consultation entre deux généralistes

Visite en consultation avec un confrère (pour chacun des deux médecins) : V x 1,5

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

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

B) Consultation des médecins spécialistes, neuropsychiatres, psychiatres ou neurologues qualifiés avec un confrère.

- Visite en consultation avec un confrère : Vs x 1,5 ou VNPSY x P

- Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux médecins :

* pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : Cs x 1 ou CNPSYx 1

* pour le second médecin : Vs x 1 ou VNPSY x 1

Article 19 : Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale

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

- K 10 pour les actes dont le coefficient est compris entre K 50 et K 79 inclus ;

- K 15 pour les interventions à partir de K 80.

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

- dans l'agglomération : V- C plus ISD, s'il y a lieu ;

- hors agglomération : indemnité horokilométrique suivant les dispositions de l'article 11, la distance retenue pour le calcul de cette indemnité ne pouvant toutefois excéder celle qui sépare le domicile du praticien traitant de celui du chirurgien de même spécialité le plus proche.

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

Pour être honoré, le praticien traitant qui assiste à une intervention doit signer le protocole établi après chaque opération chirurgicale

Article 20 : Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques et établissement assimilés

Tous les actes en K égaux ou inférieur à 6 sont compris dans l'honoraire de surveillance.

Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K,

Ces honoraires de surveillance ne peuvent être perçus que par un seul praticien par jour et par malade examiné.

a) En médecine, par jour et par malade examiné :

- C x 0,80 du 1° au 20° jour ;
- C x 0,40 du 21° au 60° 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 de un médecin pour trente malades.

b) En chirurgie :

1. Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les 20 jours suivant l'intervention.

Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 20 jours, l'honoraire de surveillance est fixé à :

C x 0,20 par jour et par malade examiné.

2. Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15, l'honoraire est fixé à :

C x 0,20 par jour et par malade examiné.

3. 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° au 20° 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 20° jour :

* C x 0,20.

c) En obstétrique :

Le forfait d'accouchement comprend les soins consécutifs pendant les deux jours (48 heures) qui suivent l'accouchement Dans le cas exceptionnels, où l'état pathologique de la patiente impose la prolongation de l'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 premier au vingtième 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 vingtième 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 sauf disposition réglementaire contraire, 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 huitième au vingtième 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 vingtième jour : C x 0,20.

Article 21 : Consultation d'un malade hospitalisé par un médecin appelé de l'extérieur

Les visites effectuées par un médecin, appelé de l'extérieur pour l'affection ayant entraîné l'hospitalisation, font l'objet d'un remboursement dans les conditions normales dans les limites d'une visite à l'entrée, une visite à la sortie et deux visites par semaine,

Cet honoraire exclut la perception par un autre praticien d'un honoraire de surveillance pour le même jour.

Article 22 : Dispositions particulières aux actes d'anesthésie réanimation

1. Les actes d'anesthésie réanimation donnent lieu à remboursement à la condition que l'anesthésie soit administrée par inhalation, injection ou infiltration de racines, plexus ou tronc nerveux ou par une combinaison de ces méthodes, et faite personnellement par un médecin autre que celui effectuant l'acte qui la nécessite.

A titre transitoire et en attendant la formation de médecins anesthésistes réanimateurs en nombre suffisant, infirmiers qualifiés sont autorisés à effectuer l'anesthésie sous la responsabilité du chirurgien qui pratique l'intervention. Dans ces cas, les actes effectués suivant les cotations qui figurent sur la nomenclature pour l'anesthésie réanimation sont réduits de 40%.

2. Le coefficient de chaque acte couvre globalement l'anesthésie elle-même et tous

les actes habituellement confiés au médecin procédant à l'anesthésie et à la réanimation (par exemple : intubation trachéale, perfusion sanguine ou médicamenteuse, surveillance de la tension artérielle, etc.) pendant la journée de l'opération et pendant l'acte lui-même.

Le coefficient couvre également les soins pré-opératoires la veille de l'intervention, la surveillance post-opératoire et les actes liés aux techniques de la réanimation :

- En cas d'hospitalisation, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, en cas de sortie du malade avant le quinzième jour, si le médecin qui a effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre médecin, ce dernier pourra recevoir des honoraires ;

- En cas d'intervention sans hospitalisation, pendant la période de quinze jours qui suit le jour de l'intervention. Cependant, si le médecin qui a effectué l'intervention estime pouvoir confier la poursuite de la surveillance post-opératoire à un autre médecin, ce dernier pourra recevoir des honoraires.

3. Les actes d'anesthésie réanimation ont leur cotation indiquée sur la nomenclature eu égard à l'intervention qu'ils accompagnent.

Les actes d'anesthésie réanimation accompagnant les actes de diagnostic ou de traitement qui, sur la nomenclature ne comportent pas eu égard à la cotation propre à l'acte d'anesthésie sont cotés K 15, sans que cette cotation soit supérieure à celle de l'acte opératoire ayant donné lieu à cette anesthésie,

Les actes d'anesthésie réanimation qui accompagnent un acte de diagnostic ou de traitement qui ne figurent pas à la nomenclature et dont la cotation est fixée par application de l'article 4 sont cotés par application de ce même article.

4. Les actes d'anesthésie faisant l'objet d'une cotation par ailleurs, par exemple les infiltrations locales ou sous-cutanées ou sous muqueuses, doivent être affectés de cette seule cotation.

5. Les anesthésies pratiquées sur des enfants de moins de six ans sur des adultes de plus de quatre-vingt ans donnent lieu à une majoration d'honoraires de K 10.

6. Lorsqu'un malade, hospitalisé la veille, d'une intervention chirurgicale est confié à la surveillance d'un médecin anesthésiste réanimateur, celui ci a droit à un honoraire de surveillance de C x 0,80 si pendant cette journée, il n'exécute pas d'autres actes côtés à la nomenclature et si l'acte d'anesthésie qui sera pratiqué est supérieur à K15.

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 en K autre que le forfait d'anesthésie.

Elle doit s'accompagner d'un compte rendu.

7. Lorsqu'un acte de diagnostic ou de traitement comporte une majoration ou une réduction de sa cotation initiale pour le praticien qui l'effectue, cette majoration ou cette réduction est applicable à l'acte d'anesthésie réanimation qui l'accompagne.

S. Les actes d'anesthésie réanimation accompagnant un acte non justifié par un état pathologique ne font pas l'objet de remboursement.

9. Les actes d'anesthésie réanimation accompagnant un acte de curiethérapie sont cotés, en cas d'intervention :

- sur la tête ou le cou : K 30.
- sur une autre région : K 20

10. Lorsque, au cours d'un accouchement, l'obstétricien fait appel à un anesthésiste réanimateur qui n'exécute aucun acte en K, ce dernier a droit à un honoraire égal à K 10 pour la surveillance de la parturiente.

Une anesthésie péridurale continue avec mise en place d'un cathéter permanent pour traitement de douleurs rebelles en dehors de toute intervention est cotée K 40 pour une période maximale de cinq jours.

11. les actes d'anesthésie réanimation de coefficient au moins égal à 35, majoration mentionnée au 5° ci dessus incluse, sont cotés en K.

Article 23 : Dispositions particulières aux frais de salle d'opération

Les frais de salle d'opération donnent lieu à honoraire sur la base de 50% de la cotation de l'acte opératoire

Article 24 : Dispositions particulières aux actes médicaux utilisant les radiations ionisantes

1. Les actes médicaux utilisant les radiations ionisantes sont désignés par la lettre clé Z dont la valeur en unité monétaire est fixée dans les conditions prévues par les dispositions réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux.

La nomenclature des actes constitue la troisième partie de la présente nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux..

2. Lorsque les actes médicaux utilisant les radiations ionisantes sont effectuées par un médecin radiologistes, par un médecin spécialiste des maladies de l'appareil digestif, par un médecin pneumo-phtisiologue ou par un médecin rhumatologue, ils donnent lieu à une majoration forfaitaire d'honoraires s'ajoutant à la valeur de la lettre clé Z. La valeur en unité monétaire de cette majoration est fixée respectivement pour chacune de ces quatre catégories de praticiens dans les mêmes conditions que la valeur de la lettre clé Z elle même.

3. Les dispositions de la première partie de la présente nomenclature générale des actes professionnels sont applicables à l'occasion des consultations et visites des médecins radiologistes et de l'exécution des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes.

*
* *

Deuxième partie : Nomenclature des actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes
Titre premier :actes de traitement des traumatismes

A - Chapitre premier : Fractures
Les cotations comprennent l'immobilisation ou l'appareillage postopératoire éventuel. Des clichés radiographiques pris avant et après le traitement doivent être fournis.

Article premier : Traitement orthopédique avec ou sans immobilisation d'une fracture fermée simple ne nécessitant pas de réduction.

A100	Main, poignet, avant-bras, clavicule, pied, cou-de-pied, péroné	10
A101	Coude, bras, épaule, genou, tibia ou les deux os de la jambe	25
A102	Rachis, hanche, cuisse	30

Article 2: Traitement orthopédique complet, quelle qu'en soit la technique, d'une fracture fermée nécessitant une réduction avec ou sans anesthésie ou une extension continue.

1 - membre supérieur

A103	Mains, styloïdes radiale ou cubitale	20
A104	Un os de l'avant-bras : extrémité inférieure (avec ou sans fracture associé de l'autre styloïde), diaphyse ou extrémité supérieure,	40
A105	Fracture des deux os de l'avant bras, ou fracture de l'un et luxation de l'autre	60
A106	Humérus	40
A107	Clavicule	20
A 108	Omoplate	10

2 - membre inférieur

A109	Avant-pied, tarse antérieur,	20	
A110	Astragale-calcanéum	30	
A111	Une Malléole	20	
A112	Deux Malléoles	50	
A113	Jambe	50	
A114	Rotule	20	
A115	Fémur	80	30

3- Cou, Tronc

A116	Rachis	50
A117	Fractures articulaires de la hanche	40
A118	Fractures à grand déplacement du cotyle ou du bassin avec réduction sous anesthésie générale	50
A119	Autres fractures du bassin	20

Article 3 : Traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente avec ou sans ostéosynthèse et quelle qu'en soit la technique.

1 - membre supérieur.

A120	Une phalange ou un métacarpien	30	

A121	Deux phalanges ou deux métacarpiens	40	
A122	Trois phalanges ou Trois métacarpiens	50	
A123	Scaphoide, radius	60	
A124	Autres os de carpe, cubitus	50	
A125	Os du carpe, ou un os de l'avant-bras	50	
A126	Lésion traumatique des deux os de l'avant-bras	100	30
	Humérus :		
A127	Fracture parcellaire extra-articulaire	40	
A128	Diaphyse, extrémité supérieure ou supracondylienne de l'extrémité inférieure	80	30
A129	Fracture articulaire de l'extrémité supérieure ou inférieure		
A130	Unifragmentaire	100	35
A131	Multifragmentaire	120	35
A132	Clavicule	30	
A133	Avec plaque	40	
A134	Autres techniques	20	
A135	Omoplate	50	

2 - Membre inférieur.

A136	Phalange	10	
A137	Avant-pied, tarse antérieur, une malléole	50	
A138	Astragale, calcanéum, fracture bi-malléolaire, tibia ou tibia et péroné	80	35
	Fracture articulaire de l'extrémité supérieure ou inférieure du tibia		
A139	Unifragmentaire	80	35
A140	Multifragmentaire	100	35
A141	Rotule	50	
	Fémur :		
A142	Fracture parcellaire extra-articulaire	80	60
A143	Diaphyse	120	60
A144	Fracture de l'extrémité supérieure uni ou multifragmentaire	150	60
	Fracture de l'extrémité inférieure		
A145	Unifragmentaire	150	60
A146	Multifragmentaire	180	60
A147	Rachis	100	40
	Bassin :		
A148	Fractures parcellaires	40	
A149	Fractures du rebord cotyloïdien	120	50
A150	Fractures transcotyloidiennes :		
A151	01 pilier	150	60

A152	02 piliers avec deux voies d'abord différentes	220	90

Article 4 : Traitement sanglant d'une fracture ouverte récente.

A153	1) Parage de la plaie + traitement orthopédique : 20 p. 100 en plus du K correspondant à la même fracture fermée traitée orthopédiquement.
A154	2) Parage de la plaie + ostéosynthèse = 20 p. 100 en plus du K correspondant à la même fracture fermée traitée par voie sanglante.

Article 5 : Traitement sanglant des pseudarthroses ou des cals vicieux nécessitant ostéotomie avec interruption de la continuité osseuse.

A155	Voir article 3 (traitement sanglant complet d'une fracture fermée récente avec ou sans ostéosynthèse) avec 50 p. 100 de supplément quelle que soit la fracture.

Article 6 :Répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation

A156	Main, poignet, cou-de-pied	5
A157	Avant-bras, bras, cuisse, genou, jambe	10
A158	Plâtre thoraco-brachial, pelvi-pédieux, corset, corset-minerve, bi-crural ou bi- jambier	30

Chapitre II : Luxations
Des clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis

Article 1 : Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante

A200	Main, poignet, coude, épaule, pied, cou-de-pied, genou, disjonction sacro-iliaque ou pubienne	15	
A201	Hanche	40	
A202	Rachis	60	20

Article 2 :Réduction et contention d'une luxation récente par méthode sanglante

A203	Doigts autres que le pouce	30	
A204	Orteils	15	
A205	Pouce, clavicule	60	
A206	Carpe, poignet, cou-de-pied	60	30
A207	Coude, épaule, rotule, genou	80	30
A208	Hanche	100	40
A209	Bassin (disjonction pubienne)	80	30

A210	Rachis (luxation avec ou sans fracture)	120	40

Article 3 :Réduction et contention d'une luxation ancienne par la méthode sanglante

A211	Voir chiffre de l'article 2 et leur ajouter 50 p 100 pour coude, épaule, cou-de pied, genou, hanche.

Article 4 : Traitement opératoire d'une luxation récidivante quelle qu'en soit la technique

A212	Epaule	100	40
A213	Rotule	80	30
A214	Autre articulations	60	

Article 5 :Lésion associant la luxation et la fracture d'une épiphyse. (K en cas de traitement par voie sanglante)

A215	Seule est remboursée l'intervention dont le coefficient est le plus élevé exceptionnellement, si la fracture comporte une ostéosynthèse, cette seconde intervention est remboursée, en plus, avec un abattement de 50 p. 100.

Article 6 : Luxation ouverte

A216	Le coefficient applicable est celui indiqué à l'article 2, il est majoré de 20 p. 100 si les lésions des parties molles n'atteignent pas les tendons, les troncs nerveux ni les artères principales des membres, si la réparation des lésions comporte une suture tendineuse ou nerveuse, la ligature ou la reconstitution du tronc artériel principal d'un membre, les coefficients correspondants s'ajoutent à celui de la luxation, sous réserve des dispositions de l'article 12 paragraphe B des dispositions générales.

Chapitre III : Plaies récentes ou anciennes

A300	Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie superficielle et peu étendue des parties molles	5	
A301	Régularisation, épluchage et suture éventuelle d'une plaie des parties molles profondes et étendues, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse	20	
	Le traitement d'une partie vaste ou complexe des membres ou des parois thoraco-abdominales entraînant des ligatures de gros vaisseaux des sutures tendineuses et des sutures nerveuses des trons principaux, est côté de la façon suivante :		
A302	- Pour régularisation, épluchage et suture éventuelle des plans superficiels	40	
	- Pour les actes chirurgicaux nécessités par le traitement des		

	lésions des viscères, des artères ou des nerfs, voir les chapitres appropriés		
A303	Evacuation chirurgicale et drainage des épanchements séro-hématiques des membres avec décollement cutané étendu	40	
	Nettoyage ou pansement d'une brûlure :		
A304	- Surface au dessous de 10 cm²	8	
A305	- Surface inférieure à 10p. 100 de la surface du corps	15	
A306	- Surface entre 10 et 20p. 100	40	
A307	- Surface supérieure à 20p. 100	60	30

Nota : En cas de brûlures multiples, il convient de considérer les surfaces additionnées

ces chiffres sont à majorer de 50 p. 100 s'il s'agit de plaies ou brûlures de la face ou des mains

A308	Extraction de corps étrangers profonds des parties molles	20

Chapitre IV : Lésions diverses

A400	Prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique	11

Chapitre V : Assimilations

Microchirurgie réparatrice des membres
Réimplantation ou autotransplantation microchirurgicale d'un membre, d'un segment de membre, d'un doigt ou d'un orteil quelque soit le nombre de microanastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées

Cotation : 353 K par assimilation à pollicisation d'un doigt : 180 K 50

+ rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique : 3/4 x 150 K 70

(Titre II - Chapitre V - Section 2 -Article2 de la présente nomenclature)
+ greffe nerveuse en un ou deux temps : 1/2 x 120 K 60
(Titre II - Chapitre VI, 2° Interventions de la présente nomenclature)

soit au total :

pour le chirurgien : 180 K + 113 K + 60 KC = 353 K,
pour l'anesthésiste : 52,5 K + 50 K + 30 K = 132,5 K
AUTOTRANSPLANTATION MICRO-CHIRURGICALE LIBRE de PEAU et de MUSCLE et/ou d'OS quel que soit le nombre de micro-anastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées :

Cotation : 290 K par assimilation à :

rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique, en cas

de suppression définitive du tronc vasculaire principal, endartériectomie :

150 K 70, (Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 2 de la présente nomenclature)
+ greffe nerveuse en un ou deux temps : 120 K 60,

(Titre II - Chapitre VI de la présente nomenclature)
+ autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, quelle que soit la surface : 100 K 25,
(Titre II - Chapitre I de la présente nomenclature)
soit au total :
pour le chirurgien : 150 K + (3/4 x 120 K) + (1/2 x 100 K) = 290 K,
pour l'anesthésiste : K 70 + (3/4 x K 60) + K 25 = 127,5 K.

Titre II : Actes portant sur les tissus en général
(Les cotations comprennent le pansement, l'immobilisation ou l'appareillage postopératoire éventuel).

C	**Chapitre I : Peau et tissu cellulaire sous-cutané**

C100	Injection sous-cutanée, intradermique	1	
C101	Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de besredka Traitement par acupuncture comportant l'ensemble des recherches diagnostiques et la thérapeutique par application d'aiguilles et/ou de tout autre procédé de stimulation des points d'acupuncture,	5	
C102	* Par séance, pour les trois premières	6	
C103	* Pour les suivantes, dans un délai de six mois à compter du début du traitement et quelle que soit l'affection traitée	5	
C104	Traitement d'hyposensibilisation spécifique comportant injection d'un ou plusieurs allergènes par séries d'un maximum de 20 séances éventuellement renouvelables, par séance	3	
C105	Désensibilisation par scarification dans les allergies polliniques	4	
C106	Inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en scarification ou par tests épicutanés, avec compte rendu (maximum 3 séances)	10	
C107	Inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en injections intradermiques, avec compte rendu (maximum 3 séances)	15	
	L'emploi dans une même séance des deux méthodes de tests ci-dessus ne peut donner lieu au cumul de leur cotation.		
C108	Inclusion ou implant de pastilles d'hormones amniotiques ou placentaires sous la peau	5	
C109	* Les mêmes implants sous une muqueuse	20	
C110	Prélèvement simple de peau ou de muqueuse pour examen histologique	5	
C111	Prélèvement de peau suivi de suture pour examen histologique	7	
C112	* Si ce dernier prélèvement est effectué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains	10	
C113	Suture secondaire d'une plaie après avivement	10	
	Greffe dermo-épidermique sur une surface de :		

C114	* au-dessous de 10 cm²	15	
C115	* de 10 cm² à 50 cm²	30	
C116	* de 50 cm² à 200 cm²	50	30
C117	* au-dessus de 200 cm², par multiple de 200 cm² en supplément	20	10
C118	Excision d'une cicatrice vicieuse suivie de suture	20	
C119	Excision des hygromas	15	
C120	Excision d'un anthrax	10	
C 121	Ponction d'abcès ou de ganglion	3	
C122	Incision ou drainage d'une collection isolée ou associée superficielle peu volumineuse avec ou sans anesthésie	5	
C123	Incision d'une collection volumineuse de toute cause sous anesthésie générale	20	
C124	Greffes libres de peau totale (y compris le recouvrement de la partie donneuse, quelle que soit la surface	60	30
C125	Autoplastie par rotation ou par glissement (y compris le recouvrement de la région donneuse)	60	30
C126	Plastie cutanée hétéro-jambière, l'ensemble des temps	150	
C127	1er temps		30
C128	les autres		25
C129	Autoplastie par lambeau unipédiculé à distance (les deux temps, y compris le recouvrement de la région donneuse et l'appareil plâtré éventuel), quelle que soit la surface	100	
C130	1er temps		30
C131	les autres		25
C132	Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire (avec maximum K 200)	40	
C133	* 1er temps		30
C 134	* les autres		25
C135	Correction d'une bride rétractile par plastie en Z	50	
C136	Ablation d'une tumeur cutanée, suivie de fermeture par autoplastie locale ou par greffe	50	

Nota. - Pour la chirurgie plastique des téguments, de la face, du cou, de la main et des doigts, les chiffres précédents sont à augmenter de 50%. En cas d'autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, cette majoration ne porte que sur le dernier temps.

C137	Mise en place d'une prothèse d'expansion cutanée	60	30
	Epiplooplastie pour comblement d'une vaste perte de substance extra-abdominale, y compris l'autogreffe cutanée éventuellement associée :		
C138	* par lambeau de rotation	150	90
C139	* par lambeau libre, y compris les anastomoses	200	110
C140	Ablation ou destruction de petites tumeurs bénignes	5	

	épidermiques, par séance		
C141	Ablation ou destruction de tumeurs bénignes cutanées sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle que soit la dimension ou la technique employée	10	
C 142	Ablation ou destruction de tumeurs bénignes cutanées, sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle que soit la dimension ou la technique employée sur les parties découvertes de la tête, du cou et des mains	15	
C143	Ablation d'une tumeur nécessitant une anesthésie générale	20	
C144	Ablation d'angiome ou de lymphangiome sous-cutané	15	
C145	Ablation d'angiome ou de lymphangiome volumineux	40	30
C146	Extirpation d'un anévrisme cirsoïde	80	30
	Destruction par méthode chirurgicale de verrue vulgaires unique ou multiples (autres que verrues plantaires, unguéales ou planes) :		
C147	* une verrue	8	
C148	* de deux à quatre verrues	10	
C149	* par verrue supplémentaire (au-dessus de 4) détruite au cours de la même séance	1,5	
	Destruction par méthode chirurgicale de verrues plantaires en une ou plusieurs séances :		
C150	* unique	10	
C151	* multiple de 2 à 4	15	
C152	* au-delà de 4, par verrue supplémentaire, supplément de 5 avec plafond à 30.		
	Destruction par méthode chirurgicale de verrues périunguéales ou de petites tumeurs sous-unguéales (tumeur glomique, botryomycome) uni ou bilatérale nécessitant l'exérèse partielle de l'ongle :		

C153	* en une séance	10
C154	* en plusieurs séances	20
C155	Destruction de condylomes acuminés, par séance	10
	Traitement des dermatoses :	
C156	* injection sclérosante pour angiome, cryothérapie, électrocoagulation, ou ces traitements combinés, par séance	6
C157	* si l'acte est pratiqué sur les parties découvertes de la tête, du cou ou des mains	8
C158	Infiltration médicamenteuse intra ou sous-lésionnelle, unique ou multiple, pour traitement d'une affection du derme ou de l'épiderme, par séance	5
	Exérèse de naevi cellulaires :	
C159	* moins de 4 cm²	20
C160	* de 4 à 8 cm²	30
C161	* plus de 8 cm²	50
	La surface à prendre en compte est celle de la lésion	

	Exérèse de tumeurs cutanées malignes :	
C162	* moins de 4 cm²	20
C163	* de 4 à 8cm²	30
C164	* plus de 8 cm²	50
C165	Epilation électrique, la séance de 20 minutes	8
	Exérèse ou destruction en masse d'un lupus ou d'une tuberculose verruqueuse, en une ou plusieurs séances :	
C166	* lésion de moins de 4 cm²	
C167	* lésion de 4 cm² et plus	30
C168	Application de rayons ultraviolets pour affection dermatologique, par séance	2
C169	* si l'étendue de l'affection nécessite deux ou plusieurs champs par séance,. la séance	4
C170	Douche filiforme, par séance	4
	Destruction d'un tatouage post-traumatique :	

C171	* jusqu'à 8 cm²	10	
C172	* au-dessus de 8 cm²	20	
C173	* sur la face, augmenter le coefficient donné par la surface de tatouage de 5		
C174	Traitement exfoliant de l'épiderme, par séance	10	
C175	Le même traitement avec nettoyage de peau et mise à plat des collections suppurées ou kystiques, par séance	15	
C176	Abrasion des téguments pour lésions cicatricielles au moyen d'une instrumentation rotative ou d'un matériel équivalent, avec un maximum de quatre séances, par séance	15	
C177	Traitement par abrasion des téguments de la totalité du visage pour lésions cicatricielles, effectué en une seule séance sous anesthésie générale	60	
C178	Meulage des ongles au moyen d'une instrumentation rotative ou d'un matériel équivalent, par séance	10	
C179	Traitement chirurgical de l'alopécie du cuir chevelu consécutive à une lésion traumatique, tumorale ou malformative	80	30

Traitement des angiomes plans par laser :

Seuls sont pris en charge les traitements réalisés, soit avec un laser à colorant pulsé, soit avec un autre type de laser, s'il est couplé à un hexascan.

Pour tout patient âgé de plus d'un an, il est nécessaire de respecter un délai de trois mois entre chaque passage sur une même surface.

Au-delà de six passages sur la surface totale de l'angiome, le traitement est soumis à la formalité de l'accord préalable de l'organisme gestionnaire.

C180	Anesthésie-réanimation, par passage, quelle que soit la surface traitée et la technique	25

	Cette cotation couvre l'anesthésie - réanimation pour le traitement, comprenant la cotation de base et la cotation supplémentaire, tel que défini ci-dessous :	
C181	* Séance test avec clichés photographiques présentés au contrôle médical sur sa demande	20
	La cotation du traitement est formée de l'addition d'une cotation de base et d'une cotation supplémentaire qui varie suivant le type de laser utilisé.	
	Cotation de base :	
C182	* Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm²	18
C183	* Au-delà de 30 cm², par surface supplémentaire de 10 cm²	6
	Cotation supplémentaire :	
	Pour utilisation d'un laser à colorant pulsé :	
C184	* Pour un passage sur une surface intérieure ou égale à 30 cm² 20	20
C185	* Au-delà de 30 cm², par surface supplémentaire de 10 cm²	7
	Pour utilisation d'un autre type de laser, couplé à un hexascan :	
C186	* Pour un passage sur une surface inférieure ou égale à 30 cm²	7
C187	* Au-delà de 30 cm², par surface supplémentaire de 10 cm²	3

Chapitre II : Muscles, tendons, synoviales
(à l'exclusion de la main)

C200	Injection intramusculaire	1	
C201	Ponction d'abcès froid (avec ou sans injection modificatrice) de grand volume (mal de Pott, coxalgie, etc.)	15	
C202	Extirpation d'abcès froid sans lésion osseuse	40	
C203	Incision d'un abcès intramusculaire	15	
C204	Prélèvement d'un greffon tendineux ou aponévrotique	30	
C205	Extirpation d'une tumeur musculaire encapsulée	30	
	Extirpation d'une tumeur musculaire non encapsulée :		
C206	* sans envahissement des vaisseaux et des nerfs	60	
C207	* avec envahissement des vaisseaux-et des nerfs	100	30
	* avec plastie (voir chapitre I).		
C208	Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	40	
	Réparation primitive d'une lésion tendineuse, y compris le traitement de la plaie superficielle ainsi que le prélèvement éventuel d'un greffon à l'exception d'une plaie vaste ou complexe		
C209	* un seul tendon	30	
C210	* deux tendons	45	
C211	* trois tendons ou plus	60	30
C212	Ténotomie	15	
C213	Biopsie musculaire	20	
C214	Exérèse de kystes synoviaux	20	

	Réparation secondaire d'une lésion tendineuse, allongement, raccourcissement ou transplantation, y compris le prélèvement éventuel d'un greffon :		
C215	* un seul tendon	60	
C216	* deux tendons	90	30
C217	* trois tendons et plus	120	50
C218	Exérèse totale d'une ou plusieurs gaines synoviales	100	35
	Cette cotation n'est cumulable ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé ni avec celle de la libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien, figurant au chapitre VI ci-dessous.		

Chapitre III : Os

	Des clichés radiographies pris avant et après intervention doivent être fournis.		
C300	Ponction biopsique osseuse	5	
C301	Mise en place d'une broche pour traction continue, en dehors des lésions traumatiques	5	
C302	Ablation d'une exostose, d'un séquestre	30	
	Ablation de matériel d'ostéosynthèse ou de prothèse :		
C303	* bassin, hanche, fémur, rachis	40	
C304	* autres localisations	20	
C305	Trépanation osseuse (pour prélèvement de greffon, biopsie, abcès central, etc.)	50	
C306	Comblement d'une cavité osseuse	80	
C307	Ostéotomie ou résection osseuse sans rétablissement de la continuité osseuse ni ostéosynthèse (1)	80	30
C308	* calcanéum	80	30
C309	* Fémur	150	60
C310	* autres os	120	60
	Ostéotomie ou résection avec rétablissement de la continuité osseuse ou ostéosynthèse (1) :		
C311	* calcanéum	80	30
C312	* fémur	150	60
C313	* autres os	120	60
C314	Ostéotomie uni ou bilatérale du bassin avec interruption de la continuité de la ceinture pelvienne	150	60

(1) Il faut entendre par ostéotomie, quand ce terme figure dans la deuxième partie de la présente Nomenclature, la section complète d'un os, effectuée dans le but d'en modifier la direction, la longueur ou la position.

Chapitre IV : Articulations

	Les clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis.		
	Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart :		
C400	* toutes articulations sauf la hanche	5	
C401	* hanche	10	
C402	Sinoviorthèse	10	
C403	Ponction articulaire au bistouri : toutes articulations	10	
	Confection ou répétition d'un plâtre ou d'un appareil d'immobilisation :		
C404	* au-dessous du coude ou du genou	10	
C405	* prenant le coude ou le genou	15	
C406	plâtre thoraco-brachial, pelvi-pédieux, corset, corset-minerve, bicrural ou bijambier	30	
C407	Mobilisation sous anesthésie générale	10	
C408	Arthroscopie [y compris biopsie(s) et manoeuvre(s) thérapeutique(s) éventuelle(s)]	60	
	On entend notamment par manoeuvre (s) thérapeutique (s) éventuelles (s) les résections de replis synoviaux (Plica), l'ablation de corps étrangers, les gestes sur le cartilage (shaving) ou la section d'ailerons rotuliens.		
	Biopsie intra-articulaire :		
C409	* coude, épaule, hanche, sacro-iliaque, genou	50	
C410	* autres articulations	15	
	Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions articulaires septiques ou aseptiques, quelle que soit la technique :		
C411	* un ou plusieurs doigts ou orteils	20	
C412	* carpe, métacarpe, poignet, coude, tarse, métatarse, tibio-tarsienne	40	
C413	* épaule, genou à l'exclusion de la méniscectomie	60	
C414	* hanche, bassin	100	40
	Arthrolyse, synovectomie		
C415	* coude, épaule, genou	80	30
C416	* hanche	100	40
C417	* autres articulations à l'exclusion de la main	60	
	Réintervention pour excision tissulaire et nettoyage de prothèse :		

C418	* coude, épaule, genou	80	30
C419	* hanche	100	40
C420	* autres articulations à l'exclusion de la main	60	
	Arthroplastie sans interposition de prothèse, quelle que soit la technique :		

C421	* coude, épaule, genou	100	30
C422	* hanche	120	50
C423	* autres articulations, à l'exclusion des doigts et des orteils résection simple d'une tête radiale ou cubitale	60	30
	Arthroplastie avec interposition de prothèse, quels que soient la technique et le matériel, y compris les sections musculaires ou tendineuses éventuelles :		
	Portant sur une surface articulaire		
C424	* Epaule	100	30
C425	* Coude	80	30
C426	* Poignet	80	30
C427	* Hanche	150	70
C428	* Genou	100	30
C429	* Tibio-tarsienne	80	30
	Portant sur deux surfaces articulaires		
C430	* Epaule	180	80
C431	* Coude	150	70
C432	* Poignet	120	50
C433	* Hanche	220	110
C434	* Genou	200	80
C435	* Tibio-tarsienne	120	50
	Réintervention pour ablation de prothèse articulaire		
C436	* hanche	140	60
C437	* autres articulations, à l'exclusion de la main et des orteils	80	30
	Arthrodèse, quelle que soit la technique :		
C438	* coude, épaule, genou, sacro-iliaque	100	40
C439	* hanche	180	80
C440	* carpe, poignet	60	30
C441	* de l'interligne tibio-tarsienne, sous-astragalienne, médiotarsienne ou de Lisfranc	80	30
C442	* arthrodèse de deux interlignes ou plus	100	40

Chapitre V : Vaisseaux

Section 1 : Méthodes de diagnostic
Article 1 : Angiographie

	1 Artériographie		
C500	Artériographie d'un territoire anatomique par ponction artérielle d'une artère de membres	30	30
C501	* D'une artère carotide	50	30
C502	* De l'artère vertébrale	80	
C503	Artériographie sélective d'un territoire anatomique par sonde	100	30

	intra-artérielle guidée (excoronarographie, myélographie, ect)		
C504	Aortographie par ponction percutanée	50	30
	2 - Exploration par voie veineuse		
C505	Opacification d'un territoire anatomique par injection intraveineuse simple avec ou sans dénudation	30	
C506	Opacification sélective d'un territoire anatomique par sonde intraveineuse guidée	50	

Article 2 : Autres méthodes

C507	Mesure de la vitesse circulatoire, quels que soit la méthode et le nombre des mesures	4
C508	Mesure de la pression veineuse périphérique	4
C509	Mesure de la résistance capillaire	4
C510	Oscillographie	4
C511	Exploration fluoroscopique de la circulation artérielle des membres	8
C512	Epreuve au bleu	6
C513	Piézographie	4
C514	Thermométrie	4
C515	Capillaroscopie	6
C516	Pléthysmographie	8

Section II : artères et veines
Article premier : Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine
(Actes de pratique courante)

C517	Injection intraveineuse en série	1,5
C518	Injection intraveineuse isolée	2
C519	Ponction d'un gros tronc veineux de la tête ou du cou	3
C520	Découverte d'une veine périphérique	10
C521	Ponction artérielle percutanée	5
C522	Injection intra-artérielle	5
C523	Saignée	5
C524	Perfusion veineuse aux membres avec ou sans cathéter	5
C525	Perfusion veineuse au cou ou au thorax avec mise en place d'un cathéter à demeure	10
C526	Mise en place d'un cathéter veineux à demeure par ponction de la jugulaire, de la fémorale ou de la sous-clavière	30
	Cet acte n'est cumulable ni avec un acte de réanimation continue coté K 30 ou K 50 tel que prévu au titre XV, chapitre II, ni avec un acte d'anesthésie - réanimation (art. 22 [2°] des dispositions générales, première partie de la présente nomenclature générale des actes professionnels).	

C527	Transfusion de sang ou d'éléments figurés du sang	10
	Si cet acte est exécuté à l'occasion d'un acte chirurgical pendant la période couverte par l'honoraire global, de l'acte il ne donne pas lieu à cotation.	

C528	Transfusion massive supérieure à trois litres de sang (chez l'adulte) en dehors d'un acte opératoire	40
C529	Exsanguino-transfusion (minimum 4 litres chez l'adulte)	80
C530	Implantation d'un système diffuseur dans le système veineux central, y compris l'abord vasculaire, quel que soit le vaisseau choisi	60
C531	Ablation d'un système diffuseur implanté dans le système veineux central, quelle que soit la technique	20
C532	Plasmaphérèse	80
C533	Récupération per-opératoire ou post-opératoire immédiate, filtration et réinjection du sang épanché, avec lavage	40
	Par dérogation à l'article 22 (2°) des dispositions générales (première partie de la présente nomenclature générale des actes professionnels), cet acte est coté en supplément à l'acte ou aux actes d'anesthésie-réanimation.	
	La récupération post-opératoire immédiate doit être initialisée en salle d'opération et la retransfusion à laquelle elle donne lieu doit être effectuée dans les six heures qui suivent. Pour donner lieu à remboursement, la récupération hémorragique doit être au moins égale à 15 % de la volémie. Cette information doit être inscrite sur la fiche d'anesthésie. Lorsqu'une récupération post-opératoire avec lavage fait suite à une récupération per-opératoire avec lavage, un seul acte doit être coté.	

Article 2 : Actes de chirurgie

Les coefficients des actes de chirurgie non individualisés ne se cumulent pas avec les actes individualisés de chirurgie artérielle ou de chirurgie veineuse figurant au présent article.

Actes non individualisés

Distinguer trois catégories de vaisseaux :

1° Vaisseaux principaux des membres ;
2° Vaisseaux principaux du cou, de la face et de la fesse;
3° Vaisseaux principaux abdomino-pelviens.

Abord pour ligature, cathétérisme, suture, sympathectomie périartérielle, résection non suivie de rétablissement de la continuité :

C534	1° Vaisseaux principaux des membres ;	30	
C535	2° Vaisseaux principaux du cou, de la face et de la fesse;	50	30
C536	3° Vaisseaux principaux abdomino-pelviens.	80	40
	Rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse en cas de suppression définitive du tronc vasculaire principal :		

C537	1° Vaisseaux principaux des membres (y compris l'endartériectomie)	150	70
C538	3° Ainsi que vaisseaux du cou	250	110
	Traitement chirurgical des anévrismes artériels ou artérioveineux en dehors de la suture, et sans rétablissement de la continuité artérielle :		
C539	1° Vaisseaux principaux des membres ;	80	30
C540	2° Vaisseaux principaux du cou, de la face et de la fesse ;	100	40
C541	3° Vaisseaux principaux abdomino-pelviens.	150	90

Traitement chirurgical des embolies ou thromboses aiguës des artères ou des veines profondes :

C542	1° Vaisseaux principaux des membres	100	40
C543	3° Ainsi que vaisseaux du cou	150	90

Actes individualisés de chirurgie artérielle

C544	Mise en place d'un tube aorto-aortique	250	110
C545	Mise en place d'un tube aorto-aortique avec réimplantation du tronc coeliaque et/ou de l'artère mésentérique supérieure et/ou des artères rénales	375	165
C546	Pontage aorto-biiliaque	375	165
C547	Pontage aorto-bifémoral	375	165
C548	Pontage axillo uni ou bifémoral	250	110
C549	Pontage croisé inter-fémoral	250	110
C550	Pontage aorto ou ilio-fémoral	250	110
C551	Pontage fémoro-poplité avec prothèse	150	70
C552	Pontage fémoro-poplité en veine saphène autologue (y compris le prélèvement veilleux)	190	85
C553	Pontage fémoro-jambier avec prothèse	150	70
C554	Pontage fémoro-jambier en veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190	90
C555	Pontage séquentiel fémoro-poplité et sous-poplité composite avec prothèse et veine saphène autologue (y compris le prélèvement veineux)	190	90
C556	Endartériectomie de la bifurcation carotidienne (carotide primitive, carotide interne et/ou externe) avec ou sans patch, avec ou sans shunt	300	110
	Les interventions endovasculaires effectuées avec un amplificateur de brillance numérisé sont inscrites à la quatrième partie de la présente nomenclature (Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle), titre III (Radiologie interventionnelle), chapitre Ier (Angioplasties) et chapitre II (Actes divers de radiologie vasculaire interventionnelle).		

Actes individualisés de chirurgie veineuse

C557	Crossectomie et éveinage saphène interne étendu éventuellement associés à une crossectomie et/ou à un éveinage saphène externe	80	30
C558	Crossectomie saphène interne	30	
C559	Crossectomie saphène externe	30	
C560	Résection de crosse saphène interne pour récidive, y compris les éventuelles phlébectomies complémentaires	79	30
C561	Crossectomie et ligature(s) de veine(s) perforante(s) par voie sous aponévrotique (CHIVA - Cure conservatrice et hémodynamique de l'insuffisance veineuse en ambulatoire)	45	29
C562	Ligature (s) isolée (s) de veine (s) perforante (s) par voie sous aponévrotique	30	
C563	Résection isolée d'une veine ou d'un paquet variqueux	30	
C564	Mise en place d'un filtre dans la veine cave inférieure	80	40
C565	Thrombectomie de la veine cave inférieure	150	90
C566	Pose isolée de clip sur la veine cave inférieure	80	40

Article 3 : Cancérologie

C567	Chimiothérapie régionale du cancer par perfusions intra-artérielle	80

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 de l'organisme gestionnaire 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, semi-continue, 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 intra-artérielle ;

6° Le nom de la structure à compétence carcinologique dans laquelle le traitement est effectué.

Séance de perfusion de substances antimitotiques, quels que soient le ou les produits utilisés :

C568	* perfusion courte ("bolus"), par séance d'une durée inférieure à six heures	15
C569	* perfusion semi-continue, par séance d'une durée égale ou supérieure à six heures et inférieure à vingt-quatre heures	20
C570	* perfusion continue de durée égale ou supérieure à vingt- quatre heures, par séance de vingt-quatre heures	30
	Surveillance intensive dans un établissement, pratiquant la chimiothérapie et/ou la radiothérapie de haute énergie, d'un malade atteint d'une affection maligne et présentant :	
C571	* 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
C572	* soit un état précaire prolongé nécessitant des soins constants (antalgiques majeurs, équilibrage 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

Section III : Système lymphatique

C573	Lymphographie unilatérale	30
C574	Vaisseau lymphatique : injection, découverte, cathétérisme dans un but thérapeutique	20
C575	Exérèse d'un ganglion ou d'une adénopathie	20

Traitement de l'éléphantiasis ou d'un lymphangiome

C576	* Segmentaire	80	30
C577	* diffus (y compris éventuellement le recouvrement cutané)	120	50
C578	Traitement par la méthode compressive de Van der Molen de l'éléphantiasis ou du lymphoedème d'un membre, primitif ou secondaire à un acte thérapeutique, comprenant la réduction par tuyautage et la réalisation de la contention inamovible d'au moins deux segments de membre (avec maximum de cinq séances, espacées de cinq jours au moins à quinze jours au plus) par séance	10	
C579	Pose d'une bande adhésive réalisant la contention permanente inamovible d'au moins deux segments de membre, quelle que soit la technique, avec un maximum de deux par semaine	5	
	Curage ganglionnaire d'une région inguinale, axillaire, sous-maxillaire, cervicale, susclaviculaire, mammaire interne :		
C580	* unilatéral	60	30
C581	* bilatéral en un temps	100	50
	Cette cotation ne peut s'ajouter à celle de l'acte d'exérèse de la lésion primitive pratiquée dans la même séance.		
C582	Grand évidement jugulo-maxillaire, carotidien, sous-maxillaire	120	70

	et sus-claviculaire en un temps		

Chapitre VI : Nerfs
1° Infiltrations percutanées :

C600	Ganglion de Gasser	20
C601	Nerf trijumeau (trou ovale ou grand rond), nerf ophtalmique	10
C602	Nerf maxillaire supérieur ou inférieur à la base du crâne	8
C603	Branches terminales du trijumeau (sus et sous-orbitaire, à l'épine de Spix, mentonnier, dans le canal palatin postérieur, etc.)	5
C604	Infiltration du nerf phrénique, splanchnique, hypogastrique du sympathique lombaire, du ganglion stellaire ou du ganglion sympathique cervical supérieur	10

2° Interventions :

C605	Suture nerveuse primitive	60	
C606	Suture nerveuse secondaire	70	30
C607	Ablation de tumeur nerveuse avec suture (membre ou autre région)	80	30
C608	Greffe nerveuse en un ou deux temps	120	60
C609	Libération d'un nerf comprimé	50	
C610	Libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien, quelle que soit la technique, avec ou sans synovectomie	5 0	
C611	Résection caténaire ou ganglionnaire en général	120	60
C612	Sympathectomie dorso-lombaire sus et sous-diaphragmatique	120	60
C613	Opération portant sur le nerf splanchnique, le ganglion aortico-rénal ou les nerfs du pédicule rénal	120	60
C614	Neurotomie périphérique	40	
C615	Rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculonerveux	150 60	

Chapitre VII : Assimilation
II/I. - Interventions de chirurgie plastique et réparatrice et notamment de chirurgie réparatrice du sein.

Autoplastie par lambeau musculo-cutané : KC 150 par assimilation à "rétablissement de la sensibilité par transplantation cutanée avec le pédicule vasculonerveux". (Titre II - Chapitre VI, 2° Interventions, de la présente nomenclature)

II/II. - Photo-chimiothérapie ou puvathérapie

La photo-chimiothérapie ou puvathérapie est basée sur l'association d'une irradiation ultra-violette de grande longueur d'onde (320 à 400 nanomètres avec pic prédominant à 360) et d'une substance photo-active.

L'exposition du malade aux UVA se fait au moyen d'un appareil spécial soumis à une rigoureuse sécurité, muni de tubes émetteurs pendant un temps, variable selon l'état et la sensibilité de la peau.

Ce traitement peut être coté : K 10 par assimilation à : "Traitement exfoliant de l'épiderme" à condition qu'il s'adresse :

1° - au mycosis fongoïde, aux états prémycosiques et parapsoriasiques, à raison de 4 séances maximum par semaine pendant 6 mois, il est renouvelable après accord préalable.

2° - au psoriasis atteignant au moins 40 % de la surface du corps à raison d'un traitement d'attaque comportant au maximum 4 séances par semaine avec un maximum de 30 séances, et d'un traitement d'entretien comportant une séance maximum par semaine avec un maximum de 20 séances.

II/III. - Traitement d'affections dermatologiques par rayonnement laser

Le LASER agit essentiellement par effet thermique provoquant thrombose et/ou section de tissus, et par effet mécanique, onde de choc.

Sa mise en oeuvre nécessite des mesures de sécurité particulières pour éviter la réflexion du rayonnement dommageable pour la rétine (lunettes spéciales etc...)

Le traitement peut être coté KC 20 par assimilation à :
Exérèse de naevi-cellulaires ou tumeurs cutanées malignes (Titre II, Chapitre I - de la présente nomenclature)

Indications et modalités du traitement	type de rayonnement laser
Angiomes stellaires	Laser Argon
(Traitement isole)	Laser CO^2
Aaevi verruqueux	Laser Yag
(Traitement en séries)	Laser CO^2
	Laser Yag
Lésions épidermiques bénignes ou malignes, ex:	
Maladie de bowen	Laser CO^2
Maladie de paget	Laser Yag
(Traitement selon l'étendue en une ou plusieurs fois)	
Verrues et condylomes acuminés	
(en cas de récidive avec traitements classiques ou dans certaines formes profuses).	Laser CO^2
(traitement par série, environ 10 éléments à chaque séance).	Laser Yag

II/IV. - Prélèvement massif de moelle osseuse en vue d'une autogreffe ou d'une allogreffe

Prélèvement massif de moelle osseuse par aspiration au niveau des crêtes iliaques et du sternum, effectué en hôpital public ou assimilé.

Cette intervention s'effectue sous anesthésie générale et dure 2 à 3 heures. Elle peut être

cotée K 80 par assimilation à "exsanguino-transfusion" (Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 1 de la présente nomenclature)

L'anesthésie générale peut être cotée KC 40.

II/V. - Prélèvement d'une "carotte médullaire" pour diagnostic d'une anomalie sanguine ou ostéo-articulaire

Cette intervention faite avec un gros trocart permet de faire le diagnostic d'une anomalie soit sanguine, soit ostéo-articulaire.

Pratiquée dans la majorité des cas au niveau de la crête iliaque, elle nécessite une anesthésie locale et généralement une incision cutanée suivie de suture.

Elle peut être assimilée à : ablation d'une exostose, d'un séquestre : K 30

II/VI. - Cytophérèse

La cytophérèse consiste à extraire de la circulation des éléments cellulaires pathologiques (leucémie myéloïde chronique, leucémie lymphoïde chronique hyperleucocytaire, thrombocytémie essentielle). Elle doit être cotée K 10 par assimilation à transfusion sanguine. (Titre II - Chapitre V - Section 2 de la présente nomenclature)

II/VII. - Cotation de l'acte d'implantation dans l'organisme de systèmes diffuseurs de substances médicamenteuses, cytotoxiques, analgésiantes, hormonales, etc...

Ces systèmes sont constitués d'un cathéter placé dans un vaisseau ou un organe creux, et, d'un réservoir sous-cutané accessible par voir percutanée, ces deux composantes étant reliées entre elles.

Différents types de systèmes sont utilisés allant d'une simple chambre permettant des réinjections périodiques sans effraction tissulaire autre que cutanée à une pompe complexe diffusant en continu le médicament avec remplissage toutes les 2 à 3 semaines.

Les procédures d'implantation de ces systèmes ne figurent pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Eu égard à leur intérêt, elles peuvent néanmoins être prises en charge par assimilation lorsqu'elles sont proposées par des praticiens compétents dans le domaine Carcinologique, Endocrinologique, etc...

La cotation retenue dépend du secteur anatomique dans lequel le cathéter est mis en place :

I) Mise en place d'un système diffuseur permettant des perfusions sélectives et hypersélectives intra-artérielles (ou intra-veineuses dans le tronc porte).

Deux procédés opératoires permettant cette thérapie régionale sont utilisés

Le procédé chirurgical par laparotomie et dissection vasculaire,

Le procédé radio-chirurgical par angiographie.

Quelle que soit la méthode choisie ou ses variantes (double cathéter) la cotation de la procédure d'implantation du système (cathéter + réservoir) est fixée à :

K 190 (K 160 pour le cathéter + supplément de K 30 pour le réservoir)

Le remplissage du réservoir (chambre ou pompe) étant coté K 10 par assimilation à :

Perfusion veineuse au cou ou au thorax avec mise en place d'un cathéter à demeure : 10

(Article 1er, Section II, Chapitre V, Titre II de la présente nomenclature)

mais seulement au décours de la période des soins post-opératoires visée à l'article 8 des dispositions générales de la présente nomenclature (20 jours en cas d'hospitalisation, 10 jours dans le cas contraire).

II) Remplissage de systèmes diffuseurs implantés dans le système veineux central (sous-clavière, jugulaire externe, cave, etc ...) aux fins de thérapie systémique.

Remplissage du réservoir K 10 mêmes conditions que précédemment.

III) Implantation de systèmes diffuseurs intra-rachidiens

Deux modalités sont à considérer :

1. La mise en place du cathéter dans l'espace péridural : coter KC 50 par assimilation à :

Changement de boîtier : 50 (Titre VII, Chapitre V, Article 4, de la présente nomenclature)

2. La mise en place du cathéter dans l'espace intra-dural ou sous-arachnoïdien : coter K 60 par assimilation à :

Implantation intracérébrale d'électrodes pour enregistrement de longue durée : 60 (Titre III , Chapitre I, Article 4, de la présente nomenclature)

Remplissage du réservoir K 10 mêmes conditions que précédemment pour des substances agressives

K 2 ou AMI 2 pour des produits analgésiques, par assimilation à :

Injection intraveineuse isolée : 2 (Titre XVI, chapitre I, article 1, de la présente nomenclature)

IV) Implantation d'un système diffuseur dans la cavité péritonéale.

Cette procédure doit être cotée K 50 par assimilation à :

Changement de boîtier : 50 (Titre VII, Chapitre V, Article 4, de cette Nomenclature)

Remplissage du réservoir K 10 mêmes conditions que précédemment.

Les cotations indiquées ci-dessus sont globales et forfaitaires ; elles comprennent l'ensemble des gestes indispensables à l'exception des actes cotés en Z et des actes d'anesthésie-réanimation. L'utilisation du système pour des perfusions donnera lieu à la cotation K 15 de Chimiothérapie généralement employée par séance.

V) La montée de cathéters pour une durée variable aux fins de perfusions hyper-sélectives intra-artérielles, ou intra-veineuses (tronc porte) de produits antimitotiques, est cotée

K 160 (perfusions et injections de produits de contraste comprises) par assimilation à :

Mise en place ou changement d'un stimulateur électrosystolique (avec électrode endocavitaire, etc), y compris l'implantation du boîtier : 120 (Titre VII, Chapitre V, Article 3, de la présente nomenclature)

Plus K 80/2 :

Chimiothérapie régionale du cancer par perfusions intra-artérielles : 80 (Titre II Chapitre V, Section II Article 3 de la présente nomenclature)

Soit un total de KC 160

La mise en place chirurgicale d'une pompe implantable ou d'un réservoir sous-cutané fera l'objet d'une cotation supplémentaire KC 30, par assimilation à :

Prélèvement d'un greffon tendineux ou aponévrotique : 30 (Chapitre II, Titre II de la présente nomenclature)

La réinjection de produits médicamenteux sera cotée K 10 par assimilation à :

Perfusion veineuse au cou ou au thorax avec mise en place d'un cathéter à demeure : 10 (Titre II, Chapitre V, Section II, Article 1er de la présente nomenclature)

mais seulement au décours de la période des soins post-opératoires visée à l'article 8 des dispositions générales de la présente nomenclature (20 jours en cas d'hospitalisation, 10 jours dans le cas contraire).

II/V. - Biopsie de l'artère temporale superficielle

Dans le cadre du diagnostic de l'artérite temporale de HORTON, cotation KC 20 par assimilation à : "exérèse d'un ganglion ou d'une adénopathie". (Titre II - Section III de la présente nomenclature)

Cette cotation globale s'applique, que la biopsie concerne une ou les deux artères temporales superficielles lors du même geste opératoire.

II/V. - Polychimiothérapie anticancéreuse

Elle est assimilée à :

Chimiothérapie intensive (cure de sommeil, cure dite dépressive, neuroleptique réalisée en établissement de jour : 15 (Titre XIII, Chapitre II de la présente nomenclature) à condition :

1°) qu'il s'agisse d'une chimiothérapie intensive à savoir un ou plusieurs agents agressifs à dose élevée, d'administration difficile : perfusion lente, rinçage de veine, injection en un ou plusieurs temps, médication adjuvante, surveillance continue ;

2°) qu'elle soit faite en environnement hospitalier selon un protocole établi conjointement avec un médecin spécialiste.

II/V. - Traitement de certaines affections par la méthode compressive de Van Der Molen

Cotation K 10.

Cette cotation ne devra être prise en charge qu'à condition qu'il s'agisse du traitement par cette méthode de l'éléphantiasis ou du lymphoedème d'un membre, primitif ou secondaire à un acte thérapeutique et comprenant :

1 - la réduction élastique préalable de l' oedème par enroulement d'un tube de caoutchouc. Cette manoeuvre est, en général, pratiquée deux ou trois fois le même jour,

2 - la réalisation de la contention inamovible d'au moins deux segments de membre par l'application d'une contention inextensible afin de maintenir le résultat obtenu par la réduction élastique jusqu'à la séance suivante.

Pourront être accordées des séries de cinq séances espacées de 5 jours au moins à 15 jours au plus.

Est exclu de cette cotation, le simple traitement contensif d'un oedème banal, variqueux

ou post-phlébitique, coté au Titre XII, et n'exigeant pas de réduction préalable par tubage.

II/V. - Traitement des lymphoedèmes ou des phléboedèmes par appareillages à pression pneumatique ou fluide

Il s'agit d'une méthode utilisant un appareillage à pression pneumatique ou fluide (type pression de mercure).

La réduction des lymphoedèmes ou des phléboedèmes par méthode de compression pneumatique rythmée à cellules multiples (minimum 6 cellules) ou par pression de fluide à haute densité - associée à une contention d'au moins deux segments de membres - peut être cotée K 15 par assimilation à :

Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante, main, poignet, coude, épaule, pied, coup de pied, genou, disjonction sacro-iliaque ou pubienne : 15
(Titre I - chapitre II - article 2 de la présente nomenclature)
Avec un maximum de 10 séances pour une période de 6 mois.

II/VI. - Sympatholyse chimique, sympathectomie chimique par bloc intraveineux régional

La sympatholyse par "bloc intraveineux régional" peut être cotée : K 30

par assimilation à :

opacification à un territoire anatomique par injection intra-veineuse simple.

(injection d'un agent bloquant (réserpine, guanéthidine) dans un membre maintenu sous garrot. Cet acte doit être effectué dans un environnement hospitalier disposant de possibilités immédiates de réanimation et sous surveillance continue par un médecin)

Titre III : Actes portant sur la tête

Chapitre premier : Crane et encéphale
Article premier :Investigations neurologiques centrales et périphériques
(Pour les investigations vasculaires voir titre II, chapitre V. Vaisseaux).

D100	Ponction lombaire ou sous-occipitale avec ou sans injection médicamenteuse avec ou sans épreuve au manomètre de Queeckenstaett-Stockey	8	
D101	Ponction lombaire ou sous-occipitale avec injection de substance de contraste	15	20
D102	Myelographie gazeuse, encéphalographie totale par voie lombaire	30	20
D103	Encéphalographie gazeuse fractionnée (diagnostique)	60	30
D104	Ponction ventriculaire quel que soit le nombre des orifices de trépanation	40	20
D105	* Le même acte chez le nourrisson sans trépanation	15	20
D106	Ventriculographie (quel que soit le nombre des orifices de trépanation)	60	30
D107	* Le même acte chez le nourrisson sans trépanation	20	
D108	Electroencéphalogramme, quel que soit le nombre de chaînes de l'appareil, le temps passé, les procédés "d'activation" utilisés avec un minimum de six plumes	30	
D109	Electroencéphalogramme pratiqué pour un seul malade	70	

	intransportable soit à domicile, soit dans un établissement dépourvu d'appareillage éléctro-encéphalographique (frais de déplacement compris)		
D110	Ectroencéphalogramme de plusieurs malades dans un, établissement dépourvu d'appareillage électro-encéphalographique, pour chaque malade (frais de déplacement compris)	30	
D111	Electroencéphalogramme pendant toute la durée d'une intervention de chirurgie endo-thoracique ou de neuro-chirurgie	70	
D112	Examen électrocorticographique	70	
D113	Echo-encéphalogramme	10	
	Electrodiagnostic de stimulation :		
D114	* Examen électrique galvano-faradique quels que soient le ou les territoires examinés	10	
D115	* Chrotiaximétrie quels que soient le ou les territoires examinés	18	
	Ces deux examens ne sont pas cumulables dans la même séance.		
	Electromyogramme : quels que soient le ou les territoires examinés.		
D116	* Examen électromyographique par oscilloscopie, phonie ou enregistrement photographique à faible définition	15	
D117	* Examen electromyographique avec enregistrement photographique à définition normale (enregistrement continu d'au moins trois secondes permettant de discerner sur le document final un signal sinusoidal de 1 000 Hertz) ou recherche de spasmopholie avec épreuve de garrot sous contrôle E.M.G	30	
D118	* Examen de stimulo-détection avec réception masculaire et mesures chronologiques	20	
D119	* Mesures de vitesse de conduction sensitive	20	

Article 2 : Traitement neurochirurgical des affections intracraniennes

D120	Trous de trépan et ponction d'un abcès ou d'un hématome intracrânien	80	30

1. Exérèse d'une lésion expansive

Les coefficients de cet article comprennent l'exérèse de la lésion et de ses différents prolongements éventuels, quelle que soit leur localisation

a) lésions expansives sustentoprielles

D121	* lésion de la voûte du crâne	120	50
D 122	* lésion extraparenchymateuse de la convexité	200	130
D123	* lésion intraparenchymateuse des hémisphères	200	110
D124	* lésion des ventricules latéraux	300	140
D125	* lésion du troisième ventricule	300	140
D126	* lésion de la ligne médiane (commissures et faux)	300	140

b) lésions expansives des régions sellaire et pinéale

D127	* lésion hypophysaire intrasellaire (voie rhinoseptale)	200	110
D128	* lésion hypophysaire à expansion suprasellaire (quelle que soit la voie)	250	130
D129	* lésion exclusivement suprasellaire (voie sous frontale)	300	150
D130	* lésion expansive de la région pinéale	300	150

c) lésions expansives de la base du crâne

D131	* lésion de l'étage antérieur	300	130
D132	* lésion de l'étage moyen et de la petite aile du sphénoïde	300	130
D133	* lésion du clivus et de l'incisure tentorielle	400	150
D134	* tumeur postérieure de l'orbite (par voie neurochirurgicale)	250	110

d) lésions expansives sous tentorielles

D135	* Tumeur des hémisphères cérébelleux	200	110
D136	* Tumeur du vermis cérébelleux et/ou du 4ème ventricule	250	140
D137	* Tumeur du tronc cérébral	300	140
D138	* Tumeur de l'angle pontocérébelleux	450	180
D139	* Tumeur de la tente du cervelet ou du trou occipital	300	130

Traitement des tumeurs et abcès cérébraux :

D140	* Mise en place d'un drainage ventriculaire externe	40	20
D141	* Pinéalomes, crâniopharyngiomes, chordomes	300	110
D142	* Méningiomes de la base, de la faux, des ventricules ou de la fosse postérieure	300	130
D143	* Neurinomes de l'angle pontocérébelleux	300	110
D144	* Tumeurs un traventriculaires	300	130
D145	* Tumeurs et abcès cérébraux, à l'exclusion des précédentes	200	110
D146	* Tumeurs de l'orbite par voie intracrânienne	200	110
D147	* Empyème sous-dural	120	60

2) Lésion infectieuse et parasitaire

D148	* Traitement d'un emphysème extraparenchymateux	100	40
D149	* Ponction d'un abcès intra-parenchymateux	80	

D150	* Exérèse d'un abcès ou d'une parasitose intra-parenchymateuse	200	110

3) Anévrysme artériels intracranien

D151	* Exclusion d'un anévrysme artériel supratentoriel par voie neurochirurgicale	300	180
D152	* Exclusion d'un anévrysme artériel vertébrobasillaire par voie neurochirurgicale	300	180
D153	* Exclusion en un temps de deux (ou plus) anévrysmes artériels par voie neurochirurgicale	350	215

4) Anévrysme artérioveineux intracranien

D154	* Exérèse des anévrysmes artériovéineux méningés	200	110
D155	* Exérèse des anévrysmes artériovéineux corticaux à pédicule unique	200	110
D156	* Exérèse des anévrysmes artériovéineux profonds ou corticaux à pédicules multiples	300	180

5) Autres lésions vasculaires cérébrales

D157	* Evacuation d'un hématome intr-cérébral sustentoriel	120	90
D158	* Evacuation d'un hématome cérébelleux	200	110
13159	* Anastomose vasculaire extra intra crânienne	200	110
D160	*Chirurgie réparatrice d'une artère intra-crânienne	150	60

6) lésions traumatiques superficielles

D161	* Excision d'une plaie du cuir chevelu avec esquillectomie	40	30
D162	* Traitement d'un scalp simple	30	20
D163	* Traitement d'un scalp par lambeau de rotation	80	30
D164	* Traitement d'une embarrure fermée de la voûte	100	35
D165	* Traitement d'une embarrure ouverte	120	45
D166	* Cranioplastie par matériel (prothèse, homo- ou autogreffe)	100	55
D167	* Cranioplastie avec réparation de la voûte orbitaire	200	110

7) Lésions traumatiques intra crâniennes

D168	* Intervention pour plaie craniocérébrale ou pour attrition cérébrale hémorragique	200	90
D169	* Evacuation d'un hématome extradural	150	60

D170	* Evacuation d'un hématome sous-dural aigu et / ou traitement d'une contusion cérébrale	120	60
D171	* Evacuation d'un hématome sous-dural chronique	80	35
D172	* Embarrure osseuse	120	40
D173	* Traitement par volet d'un hématome extradural ou d'un hématome sous dural chronique	120	40
D174	* Traitement d'une plaie cranio-cérébrale	150	60
D175	* Traitement d'une fistule traumatique du liquide céphalo-rachidien	200	110

8) Dérivation du liquide céphalo-rachidien

D176	* Pose d'un drainage ventriculaire externe	40	30
D177	* Dérivation ventriculo-atriale ou péritonéale, lombo-péritonéale	120	60
D178	* Dérivation kysto ou sous duo-périnéale	120	60
D179	* Ablation d'une dérivation extracranienne	30	
D180	* Ventriculo-cisternostomie, quelle qu'en soit la technique	150	60
D181	* Dérivation interne (Torkildsen, intubation aqueducale)	150	80

9) Malformations cranio-encéphaliques

D182	* Traitement des méningo-encéphalocèlmes	100	40
D183	* Traitement des craniosténoses	200	110

Traitement des malformations et anomalies vasculaires et hémorragies cérébrales

D184	* Malformations vasculaires cérébrales (anévrysmes et angiomes)	300	130
D185	* Hémorragie ou hématome intracérébral non traumatique	200	110
D186	* Ligature intracranienne de la carotide interne pour anévrysme artériel ou carotidocaverneux	150	70

Article 3 : Neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique

1) Neurochirurgie stéréotaxique

D187	Interventions stéréotaxiques avec repérages électrophysiologiques	300	110
D188	Lobotomie chimique ou physique	50	20
D189	Lobotomie ou topectomie	150	70
D190	Repérage suivi d'une ponction ou biopsie stéréotaxique d'une lésion intracrânienne	250	110
D191	Exérèse chirurgicale de lésions intracérébrales sous repérage	300	140

	stéréotaxique pré et peropératoire		
D192	Implantation stéréotéaxique intracérébrale	300	110
D193	Chirurgie stéréotaxique d'un mouvement anormal	300	110
D194	Exploration stéréotaxique d'une épilepsie	300	110
D195	Implantation stéréotéaxique d'électrodes ou de tissu vivant	300	110

2) Neurochirurgie de l'épilepsie

D196	Excision d'une zone épileptogène avec corticographie	200	110
D197	Hémisphérectomie	300	130

3) Neurochirurgie de la douleur

D198	Thermocoagulation du trijumeau ou du glossopharyngien	100	40
D199	Thermocoagulation facettaire, quel que soit le nombre d'étages ou de côtés traités	40	
D200	Traitement chirurgical d'un conflit artère-nerf intra cranien	200	70
D201	Myélotomie ou cordotomie (percutanée ou ouvete)	150	50
D202	Radicellotomie postérieure sélective	200	60
D203	Implantation d'une électrode épidurale	40	
D204	Implantation d'un stimulateur médullaire	80	
D205	Implantation sous arachnoidienne d'un réservoir ou d'une pompe	100	50

Traitement des malformations cérébrales

D206	Traitement chirurgical de la crâniosténose, en un ou deux temps	150	60
D207	Traitement chirurgical de l'hydrocéphalie, quelle que soit la méthode	150	60
D208	Méningo-encéphalocèle	100	40

Actes portant sur les nerfs crâniens

D209	Section intracranienne du trijumeau, de l'acoustique ou du glosso pharyngien	150	70

Article 4 : Divers (Exploration chirurgicales)

D210	Pose d'un capteur de pression intra crânienne	40	
D211	Trous de trépan explorateurs, quel qu'en soit le nombre	40	20
D212	Volet décompressif ou explorateur	100	30

D213	Ablation de volet	80	40
D214	Implantation intracérébrale d'électrodes pour enregistrement de longue durée	60	20
D215	Ponction ventriculaire	40	

Chapitre II : Orbite et oeil
Article 1 : Actes d'explorations cliniques
(Les cotations de cet article s'appliquent que l'examen ait porté sur un oeil ou sur les deux yeux)

D216	Fluoroscopie	10
D217	Rétinographie en couleur	9
D218	Rétinographie (avec maximum de deux épreuves par an)	10
D219	Angiographie en fluorescence avec clichés monochromatique vert rouge et bleue avec ou sans paire stéréoscopiques	32
D220	Angiographie en fluorescence au vert d'indocyanine et en lumière infrarouge	37
D221	Fluorophotometrie quantitative du segment antérieur et/ou du segment postérieur	28
D222	Kératométrîe et/ou pachymetrie cornéenne	10
D223	Périmétrie quantitative, manuelle ou automatisée, accompagnée ou remplacée par une campimétrie	13
D224	Courbe d'adaptation à l'obscurité	20
D225	Exploration du sens chromatique centrale et périphérique	20
D226	Exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score	13
D227	Electrorétinographie	30
D228	Electro-oculogramme	28
D229	Potentiels évoqués visuels	28
D230	Bilan élctrophysiologique oculaire (comportant l'électrorétinographie, l'électrooculogramme et potentiels évoqués visuels	46
D231	Examen fonctionnel détaillé de la motilité oculaire dans le strabisme et les hétérophories	10
D232	Examen sensorio-moteur dans le strabisme et l'amblyopie	13
D233	Gonioscopie	10
D234	Biomicroscopie du fond de l'oeil avec verre de contact à trois miroirs ou panoramique, associée ou non à une gonioscopie	11
D235	Epreuves de provocation dans le glaucome	20
D236	Tonographie au tonomètre électronique	20
D237	Courbe de tension oculaire nycthémérale (six mesures pare 24 heures sans hospitalisation)	13

D238	Echographie simple en mode A	9

D239	Kératesthésie	10
D240	Echographie oculaire et orbitaire (en mode B ou en modes A et B)	19
D241	Echobiometrie oculaiure avec calcul des différents paramètres et de la puissance du cristallin artificiel	19
D242	Microscopie spéculaire de l'endothélium cornéen et clichés photographiques	13
	Première adaptation et / ou changement de lentilles avec pose et surveillance (pendant les six premiers mois) de lentilles optiques correctrices	
D243	Pour un oeil	37
D244	Pour les deux yeux	46
D245	Adaptation de lentilles thérapeutiques ou lentilles pansement	23
D246	Adaptométrie campimétrique	20
D247	Orbitométrie	15
D248	Fluorométrie	20

Article 2 : Opérations sur les paupières, les sourcils et la région orbito-faciale.

D249	Réfection palpébrale simple pour lésion traumatique, tumorale ou neurologique	60	30
D250	Réfection palpébrale totale en plusieurs plans, quelle que soit la technique, pour lésion traumatique, tumorale ou neurologique	90	30
D251	Autoplastie palpébrale	90	30
D252	Chirurgie fonctionnelle du ptôsis et de la lagophtalmie	80	35
D253	Intervention chirurgicale sur les bords palpébraux (blépharorraphie, tarsorraphie, canthoplastie)	20	20
D254	Traitement chirurgical du chalazion et/ou des kystes des paupières	15	20
D255	Traitement chirurgical de l'entropion ou ectropion, ou du trichiasis ou du blépharochalasis	40	20
D256	Extraction d'un corps étranger de l'orbite	60	20
D257	Cautérisations de granulations	10	
D258	Expression, diathermie et cautérisation de granulations trachomateuses	20	
	Ablation chirurgicale du xanthélasma :		
D259	lésion unique	20	
D260	lésions multiples, en une ou plusieurs séances uni ou bilatérales	30	
D261	Sutures des plaies cutanéo-muqueuses des paupières	30	20
D262	Injection rétrobulbaire ou latéro-bulbaire, en série	8	
D263	Orbitotomie par voie antérieure avec extraction de corps étrangers ou de tumeurs ou de pseudo-tumeurs inflammatoires	80	40
D264	Orbitotomie avec trépanation osseuse pour tumeurs ou pseudotumeurs	100	40

D265	Orbitotomie avec drainage éventuel d'un phlegmon de l'orbite	40	20
D266	Traitement chirurgical du ptosis	60	20
D267	Trépanation et ablation d'une tumeur de l'orbite par voie temporale	100	40
D268	Traitement d'une plaie perforante du globe	60	30
D269	Ablation d'une tumeur de l'orbite avec intervention intra-crânienne (double équipe), pour chaque équipe	100	110

D270	Enucléation	50	
D271	Enucléation ou éviscération avec insertion de sphère pour prothèse	80	30
D272	Exentération de l'orbite	90	35
D273	Réfection totale d'une cavité orbitaire avec greffe (muqueuse, dermo-épidermique ou de peau totale)	100	40

Article 3 : Opérations sur l'appareil lacrymal

D274	Cathétérisme des voies lacrymales avec anesthésie régionale	10	
D275	Cathétérisme des voies lacrymales avec intubation continue et lavage pendant vingt jours au maximum	20	
D276	Cathétérisme avec pose d'une sonde bicanaliculo-nasale	40	
D277	Ablation totale ou partielle d'une glande lacrymale	20	20
D278	Ablation chirurgicale du sac lacrymal	40	20
D279	Dacryocystorhinostomie ou lacodacryostomie	100	40
D280	Réparation canaliculaire avec ou sans intubation	80	35
D281	Pose d'un clou méatique en cas d'atrésie ou de sécheresse oculaire	25	

Article 4 : Chirurgie de la conjonctive et du segment antérieur du globe

D282	Exploration et suture d'une plaie simple de conjonctive	25	
	Ablation ou destruction d'une lésion conjonctivale ou cure de symblépharon :		
D283	suivie d'autoplastie conjonctivale par glissement	25	20
D284	suivie de greffe conjonctivale ou de muqueuse buccale	50	20
D285	Recouvrement conjonctival	20	20
D286	Greffe étendue de conjonctive ou de muqueuse buccale pour brûlure	50	20
D288	Cryoapplication sur la cornée et cryoapplication sur la conjonctive bulbaire ou palpébrale, par séance (avec accord préalable au-delà de la 5° séance)	10	
D289	Ponction de la chambre antérieure pour prélèvement et/ou injection thérapeutique	15	

D290	Traitement d'une ou plusieurs plaies simples de la cornée avec ou sans résection irienne	40	
D291	Traitement d'une plaie simple cornéenne ou cornéosclérale, unique ou multiple, sous microscope opératoire	50	30
D292	Traitement des plaies anfractueuses de la cornée avec ou sans recouvrement, avec ou sans résection irienne	60	20
D293	Traitement des plaies multiples de la cornée et de la sclère avec ou sans coagulation	80	20
D294	Traitement d'une plaie complexe de la cornée (avec hernie de l'iris ou du vitré) et/ou d'une plaie de la sclérotique (suivie d'indentation et de coagulation) (traitement sous microscope opératoire)	90	35
D295	Traitement des gros délabrements post-traumatiques récents de la région orbitaire, intéressant paupières, contenu orbitaire et os	100	50
	Traitement du ptérygion :		
D296	* ablation chirurgicale simple	40	20

D297	* ablation chirurgicale suivie de greffe de conjonctive ou de muqueuse buccale	60	30
D298	Traitement chirurgical d'herpès cornéen ou d'ulcère infectieux	10	
D299	Greffe de la cornée	120	50
D300	Traitement du tatouage de la cornée, quelque que soit le nombre de séances	20	
	Adaptation, pose et surveillance pendant six mois de lentilles dures ou semi-flexibles :		
D301	* Pour un oeil	20	
D302	* Pour les deux yeux	30	

Article 5 : Chirurgie du segment postérieur du globe

D303	Traitement du décollement de la rétine	100	40
	Traitement du décollement de la rétine par indentation et coagulation quelles qu'en soient les techniques :		
D304	* limitées à un quadrant	120	40
D305	* étendues (de plus d'un quadrant à toute la circonférence)	150	50
D306	Remplacement du vitré par voie postérieure	70	
D307	Vitrectomie postérieure simple	100	40
D308	Vitrectomie associée à un tamponnement interne et/ou à une dissection épirétinienne et/ou à une endocoagulation	130	50
D309	Enucléation	50	20
D310	Enucléation ou éviscération avec insertion de sphère pour prothèse	70	20
D311	Section des brides vitréennes antérieures et/ou postérieures par photodisruption au laser	50	
D312	Ablation d'éponge ou du matériel d'indentation après chirurgie	40	

	du décollement de la rétine		
D313	Injection intra-vitréenne à visée anti-inflammatoire ou anti-infectieuse y compris l'examen du fond d'oeil avant et après injection	40	

Article 6 : Photocoagulation du segment postérieur

	Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles.	
	la prévention du décollement de rétine	
D314	* limitée à un quadrant	40
D315	* étendue à plus d'un quadrant, en plusieurs séances, en vue de réaliser un barrage périphérique circonférentiel (avec maximum de 4 séances sauf accord préalable), par séance (y compris la consultation de contrôle post-laser dans le mois qui suit)	50
D316	Traitement de la rétinité palissadique ou des déchirures sans décollement par photocoagulation cryo-application ou diathermo-coagulation en une ou plusieurs séances, quelque soit le nombre de séances dans une période de vingt jours, par période de vingt jours	80
D317	Photocoagulation panrétinienne périphérique en plusieurs séances (avec maximum de 6 séances sauf accord - préalable), par séance (y compris la consultation de contrôle post- laser dans le mois qui suit)	60
	Photocoagulation de la région maculaire :	

D318	* avec laser Argon conventionnel	60
D319	* avec laser monochromatique ou laser à colorants	70
D320	Photocoagulation des autres lésions de la rétine en une ou plusieurs séances, quelque soit le nombre de séances dans une période de vingt jours, par période de vingt jours	40
D321	Photocoagulation des autres lésions de la rétine en une ou plusieurs séances(avec maximum de deux, sauf accord préalable), y compris la consultation de contrôle postlaser dans le mois qui suit, par séance	60

Article 7 : Traitement de la cataracte

D322	Extraction de la cataracte, quelle que soit la technique	100	40
D323	Implantation ou explantation ou reposition d'un cristallin artificiel	60	40
D324	Cure de hernie de l'iris et/ou du vitré (avec vitrectomie antérieure) avec sutures sous microscope opératoire	60	40
D325	Iridotomie, iridectomie, membranulectomie, hernie de l'iris ou du vitré	40	20
	Iridotomie, iridectomie, capsulotomie et/ou membranulectomie ; section des brides et libération de synéchies et/ou d'adhérences dans le segment antérieur :		

D326	* par voie chirurgicale classique 40 KC	40	
D327	* par photocoagulation ou photodisruption au laser (y compris les consultations de contrôle post-laser dans le mois qui suit)	40	
D328	Photocoagulation, cryoapplication ou diathermo-coagulation de l'iris en une ou plusieurs séances quelque soit le nombre dans une période de vingt jours, par période de vingt jours	40	

Article 8 : Ablation des corps étrangers intra-oculaires

	Corps étranger transfixant de la cornée ou de la chambre antérieure :		
D329	* Magnétique	40	
D330	* Non magnétique	60	30
D331	Corps étrangers superficiels non transfixiants du segment antérieur	10	
	Corps étranger postérieur à l'iris (avec diathermo-coagulation) :		
D332	* Magnétique	80	
D333	* Non magnétique	100	40
	Corps étrangers intra-oculaires :		
D334	* dans le segment antérieur de l'oeil	50	30
D335	* dans le segment postérieur de l'oeil	100	40

Article 9 : Traitement du glaucome

	Traitement chirurgical du glaucome		
D336	* iridectomie, iridotomie	40	
D337	* simple (cyclodialyse, cyclodiathermie)	60	30
D338	* intervention fistulisante, quelle qu'en soit la technique, y compris par valve et tubes de drainages	100	40
D339	Trabéculotomie, trabéculectomie	100	30
D340	Traitement du glaucome chronique à angle ouvert par photocoagulation ou photodisruption en une ou deux séances, pour une période de six mois (y compris les contrôles de tension dans le mois qui suit le traitement), par séance	60	
D341	Traitement du glaucome par ultra-sons	60	

Article 10 : Opérations sur les muscles de l'oeil

	Traitement du strabisme, quel que soit le nombre de muscles touchés :		
D342	* sur un seul oeil	60	30
D343	* sur les deux yeux	90	40
D344	Traitement d'une paralysie oculo-motrice ou chirurgie du nystagmus	90	40

Article11 : Circonstances particulières motivant une majoration

Les interventions pour glaucome, cataracte, décollement de rétine ou greffe de cornée portant sur un oeil ayant déjà subi une de ces mêmes interventions ont leur coefficient majoré de 25 %

Ces mêmes interventions pratiquées chez l'enfant de moins d'un an ont leur coefficient majoré de 25 %.

D345	Interventions chirurgicales simultanées sur la cornée, le cristallin, le vitré et/ou la rétine, y compris les implantations de cristallin et la chirurgie antiglaucomateuse, lorsque trois d'entre elles au moins sont associées	200	80
D346	Chirurgie combinée du glaucome et de la cataracte au cours de la même séance opératoire comportant extraction de la cataracte, implantation cristallinienne, intervention fistulisante	180	60

Article 12 : Orthoptie : bilans, rééducations et enregistrements

Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, les actes de l'article 12 peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes gestionnaires lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription initiale du médecin demandant un bilan. Si le médecin le souhaite, il peut préciser sa prescription en liaison avec l'orthoptiste. Celui-ci est alors lié par le contenu de cette prescription. Les enregistrements visés par le présent article peuvent être également pris en charge ou remboursés par les organismes gestionnaires lorsqu'ils sont effectués personnellement par un orthoptiste sur prescription d'un médecin sans réalisation d'un bilan au préalable.

Le bilan comprend le diagnostic orthoptique, le plan de soins et son objectif. Ce bilan est communiqué au médecin prescripteur par l'orthoptiste qui 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 à l'organisme gestionnaire 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.

A l'issue de la dernière séance, l'orthoptiste adresse au médecin prescripteur une fiche retraçant l'évolution du traitement orthoptique. Celle-ci est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande.

D347	Bilan fonctionnel de la basse vision d'une durée de 60 minutes (un bilan par an)	16
D348	Rééducation de la basse vision avant l'âge de dix-huit ans révolus, d'une durée d'au moins 40 minutes, par séance	10
D349	Rééducation de la basse vision de l'adulte d'une durée d'au moins 60 minutes, avec un maximum de dix séances par an	15
	Cette rééducation est destinée à des patients dont l'acuité visuelle avec la meilleure correction optique est comprise entre 0,02 et 0,3	

	et/ou dont le champ visuel est supérieur à 5° mais inférieur à 10°.	
D350	Bilan orthoptique dans le cadre du traitement des déséquilibres oculomoteurs et des déficits neurosensoriels y afférents, comportant :	10
	1. La détermination subjective de l'acuité visuelle.	
	2. La détermination subjective de la fixation.	
	3. Le bilan des déséquilibres oculomoteurs.	
	avec établissement d'un compte rendu tenu à la disposition du contrôle médical, d'une durée d'au moins 30 minutes, par séance, avec un maximum de deux séances par an, sauf accord de l'organisme gestionnaire.	
D351	Un des examens suivants peut être coté en supplément à un bilan : la détermination objective de l'acuité visuelle ou la déviométrie (test de Lancaster et/ou de Hess Weiss et/ou mesure dans toutes les directions) ou l'analyse fonctionnelle des troubles neurovisuels	4

Enregistrement des examens suivants

D352	* périmétrie quantitative, manuelle ou automatisée, accompagnée ou remplacée par une campimétrie	10
D353	* courbe d'adaptation à l'obscurité	9
D354	* exploration du sens chromatique	6
D355	* exploration du sens chromatique au test de Farnsworth 100 HUE, assisté par ordinateur, avec graphique et score	9
D356	Traitement de l'amblyopie par série de vingt séances d'au moins 20 minutes, par séance	5
	Ce traitement effectué par un médecin doit comprendre :	
	* Réfraction et contrôle de l'acuité visuelle,	
	* Examen du fond d'oeil,	
	* Vérification de la fixation maculaire,	
	* Illumination rétinienne (pour certains cas d'amblyopie)	
D357	Traitement du strabisme avec maximum de vingt séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes par séance	5
D358	Traitement des hétérophories et des déséquilibres binoculaires avec un maximum de douze séances (sauf accord du service médical), d'au moins 20 minutes, par séance	4
D359	Contrôle orthoptique isolé	5

Chapitre III : Oreille
Article premier: Investigations

Ces investigations doivent comporter la rédaction d'un compte rendu.

D360	Prise d'un seuil tonal liminaire et éventuellement supraliminaire quelle que soit la technique utilisée : classique, automatique ou les deux simultanément	10

D361	Examen audiométrique tonal et vocal	15
D362	Examen audiométrique spécial de l'enfant	15
D363	Audiométrie tonale liminaire avec étude de l'indépendance acoustique et supraliminaire avec étude de la sensation suivant l'axe du temps par audiométrie classique ou automatique, quel que soit le nombre de tests effectués	25
D364	Examen labyrinthique	10
D365	Examen électronystagmographique	30

Article 2 : Oreille externe

D366	Ablation de bouchon de cérumen ou épidermique uni ou bilatéral	5	
D367	Ablation de bouchons épidermiques sous anesthésie générale	10	
D368	Ablation de corps étranger non enclavé du conduit auditif externe	5	
D369	Ablation de corps étranger enclavé du conduit auditif externe	10	
D370	Ablation de corps étranger nécessitant une opération sanglante	30	20
D371	Exérèse d'une tumeur osseuse bénigne oblitérante du conduit auditif externe	60	20
D372	Traitement par curetage d'un othématome important	15	
D373	Chirurgie corrective bilatérale des oreilles décollées	60	30
D374	Reconstitution du pavillon de l'oreille pour aplastie ou mutilation grave, avec greffe cartilagineuse, non compris les temps de préparation des lambeaux cutanés	120	40
D375	Résection simple d'une tumeur maligne de l'oreille externe	20	20
D376	Résection large d'une tumeur maligne de l'oreille externe	60	20

Article 3 : Oreille moyenne

D377	Paracentèse du tympan uni ou bilatérale	10	
D378	Ablation d'un polype de l'oreille moyenne	10	
D379	Injection transtympanique, avec maximum de quatre	10	
D380	Drainage permanent transtympanique sous microscopie pour otite séreuse (traitement global)	30	20
	Traitement des otites chroniques par aspiration sous microscope		
D381	* La séance (avec maximum de 6 séances)	10	
D382	Mastoidectomie	80	30
D383	Evidement pétro-mastoïdien	120	50
D384	Exploration chirurgicale de l'oreille moyenne sous microscope	80	30
D385	Myringoplastie simple	80	30
D386	Mobilisation de l'étrier	80	30
D387	Fénestration, trépanation labyrinthique, platinectomie totale ou partielle reconstitutive	150	60

D388	Tympanoplastie (y compris le temps osseux) quelle que soit la technique	150	60
D389	Résection du rocher pour tumeur de l'oreille moyenne	200	110

Article 4 : Nerf facial

D390	Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par décompression intrapétreuse	120	40
D391	Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par greffe intrapétreuse	150	60

Chapitre IV : Face
Article premier : Nez

D400	Traitement du rhinophyma par décortication	30	20
D401	Plastie narinaire réparatrice uni ou bilatérale	80	30
D402	Traitement chirurgical de la rhinite atrophique unilatérale	60	20
D403	Traitement de la rhinite atrophique uni ou bilatéral par injection de substance plastique	30	
D404	Réduction d'une fracture récente du nez avec appareillage	20	20
D405	Rhinoplastie post-traumatique, y compris le traitement de la cloison	100	30
D406	Chirurgie réparatrice de la pyramide nasale avec greffe osseuse ou cartilagineuse, non compris les temps de préparation de lambeaux cutanés	120	50
D407	Ablation d'un corps étranger non enclavé des fosses nasales	5	
D408	Ablation d'un corps étranger enclavé des fosses nasales	10	
D409	Hémostase nasale pour épistaxis	10	
D410	Turbinectomie unilatérale	15	
D411	Résection de crête de cloison	15	20
D412	Résection ou reposition de la cloison	60	20
D413	Traitement d'une synéchie nasale	10	
D414	Traitement d'une oblitération choanale membraneuse unilatérale	20	
D415	Traitement d'une oblitération choanale osseuse	100	30
D416	Traitement d'un hématome ou abcès de la cloison	10	
D417	Traitement d'une polypose nasale unilatérale en une ou plusieurs séances (y compris les récidives dans les trois mois)	15	
D418	Fermeture autoplastique d'une communication bucconasale ou bucco-sinusale	70	30

Article 2 : Sinus

D419	Ponction isolée du sinus maxillaire	10	

D420	Lavage de sinus par ponction ou par la méthode de Proetz avec maximum de dix séances	5	
D421	Trépano-ponction du sinus frontal	15	
D422	Traitement par drainage permanent et instillations par voie endo-nasale d'une sinusite maxillaire		
D423	Traitement d'une légion non maligne du sinus maxillaire, quelque soit l'origine, par trépanation de la fosse canine.		
D424	Traitement chirurgical par trépanation externe d'une atteinte infectieuse ou d'une lésion non maligne ethmoido-frontale unilatérale	80	30
D425	Traitement chirurgical d'un ostéome ethmoïdo-frontal	100	40
D426	Traitement d'une pansinusite unilatérale, quelle que soit la voie d'abord	120	50
D427	Traitement chirurgical d'une tumeur maligne des sinus	180	80

Article 3 : Traitement de diverses lésions de la face

D428	Traitement chirurgical d'une cellulite ou adénite génienne (incision ou drainage filiforme)	10	
D429	Exérèse chirurgicale d'une tumeur maligne suivie de réparation quelle que soit la technique	60	30
D430	Traitement chirurgical d'une paralysie faciale par réparation plastique musculocutanée, quelle que soit la technique	80	30
D431	Correction de dépression traumatique ou congénitale de la face n'intéressant pas l'orbite, par greffe osseuse, cutanéomuqueuse, dermo-graisseuse ou par matériau inerte (prélèvement du greffon osseux non compris)	80	30
D432	Comblement bilatéral de dépressions sous-cutanées oro-faciales liées à une lipodystrophie iatrogène par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement, leur préparation et leur réinjection	120	60
D433	Réinjection bilatérale complémentaire par autotransplantation de cellules graisseuses, y compris leur prélèvement et leur préparation, après un premier traitement pour lipodystrophie iatrogène	30	
D434	Injection intradermique de produit de comblement biodégradable dans le comblement des lipoatrophies iatrogènes, par un médecin ayant l'expérience de l'utilisation de l'acide polylactique, dans la limite, par cure, de cinq séances d'injection à intervalle d'un mois chacune, par séance	30	

La prise en charge ou le remboursement de l'acte ci-dessus est subordonnée à l'indication suivante : lipoatrophie faciale des patients présentant une infection par le VIH sous antirétroviraux, en traitement de deuxième intention, après échec ou impossibilité de réalisation de la technique de Coleman.

En cas d'absence de bénéfice deux mois après la dernière séance d'injection, le traitement est interrompu. S'il est poursuivi, ce traitement n'est pas pris en charge.

D435	Traitement chirurgical d'une collection suppurée de la face, y compris éventuellement les extractions dentaires	40	20
D436	Réfection uni ou bilatérale d'un massif osseux par greffe osseuse, cartilagineuse, ou par matériau inerte, intéressant l'orbite, l'os malaire, les maxillaires et la mandibule pour lésion congénitale ou ancienne	150	60

Chapitre V : Bouche, pharynx
(Parties molles)
Article 1er:Lèvres

D500	Réfection partielle d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme	80	30
D501	Réfection totale d'une lèvre détruite par tumeur ou traumatisme, en un ou plusieurs temps	120	
D502	* 1er temps		40
D503	* Les autres		25
	Traitement chirurgical de :		
D504	* Bec de lièvre unilatéral simple	60	30
D505	* Bec de lièvre sans division vélopalatine	80	40
D506	* Division vélopalatine	100	40
D507	* Bec de lièvre avec division vélopalatine	120	50
D508	Retouche de bec-de-lièvre ou de division vélopalatine, six mois au moins après l'opération principale	30	

Article 2 : Langue

D509	Incision d'un abcès de la langue ou du plancher de la bouche par voie buccale	20	
D510	Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié	10	
D511	Glossectomie partielle correctrice	60	20

Article 3 : Plancher de la bouche

D512	Incision d'un abcès ou phlegmon de la base de la langue ou du plancher de la bouche par voie sushyoïdienne :	40	20
D513	Excision par voie buccale d'un kyste du plancher de la bouche	20	20

Article 4 : Pharynx

D514	Adénoïdectomie, y compris le traitement éventuel des complications	20	
D515	Adénoïdectomie plus amygdalectomie chez l'enfant, y compris le	30	

	traitement éventuel des complications		
D516	Amygdalectomie totale chez l'adulte (à partir de quinze ans)	40	20
D517	Traitement des hémorragies amygdaliennes postopératoires chez l'adulte	20	
	Electrocoagulation ou cryothérapie des amygdales :		
D518	* Chaque séance	5	
D519	* Avec un plafond de	30	
D520	Ablation d'un polype choanal	20	
D521	Incision d'un abcès simple de l'amygdale	10	
D522	Incision d'un phlegmon péri-amygdalien ou rétro-pharyngien	20	
D523	Ouverture par voie cervicale d'un abcès latéro-pharyngien	50	20
D524	Pharyngotomie	100	40
D525	Réparation d'un pharyngostome sans lambeau pédiculé	50	20
D526	Réparation d'un pharyngostome avec lambeau pédiculé, en un ou plusieurs temps (y compris leur préparation)	180	80
D527	Pharyngoplastie pour séquelles de fente vélopalatine, quel que soit le procédé	150	60

Article 5 : Glandes salivaires

D528	Injection de substance de contraste dans les glandes salivaires (cliché non compris)	15	
	Traitement chirurgical par voie buccale d'une lithiase salivaire :		
D529	* Ablation d'un calcul antérieur par incision muqueuse simple	10	
D530	* Ablation d'un calcul postérieur par dissection complète du canal excréteur	30	20
D531	Traitement opératoire d'une fistule salivaire cutanée	50	20
D532	Traitement chirurgical d'une lésion bénigne d'une glande salivaire autre que la parotide	50	30
	Ablation d'une lésion de glande parotide		
D533	* Sans dissection du nerf facial	80	30
D534	* Avec dissection du nerf facial	150	70

Article 6 : Traitement de tumeurs diverses

	Prélèvement en vue d'un examen de laboratoire :		
D535	* D'une lésion intrabuccale de l'oropharynx	5	
D536	* D'une lésion intrabuccale de l'hypopharinx ou du cavum	10	
D537	Exérèse d'une tumeur bénigne de la bouche	15	15
D538	Ablation par voie endobuccale de fistules et gros kystes congénitaux	80	30
D539	Diathermo-coagulation d'une leucoplasie, d'un lupus ou d'une tumeur bénigne	5	

D540	Resection linguale partielle pour tumeur maligne de la partie mobile de la langue	50	20
D541	Diathermo-coagulation d'une tumeur maligne de la cavité buccale	50	20
D542	* Avec électronécrose du maxillaire	100	30
	Tumeur maligne de l'otopharynx ou du plancher de la bouche :		
D543	* Résection sans curage ganglionnaire	80	30
D544	* Résection avec curage ganglionnaire	150	50
D545	* Résection avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire et résection du maxillaire	180	80
D546	Fibrome naso-pharyngien	180	80
D547	Pharyngectomie avec curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous-maxillaire	200	100
D548	Ablation d'une glande salivaire autre que la parotide pour tumeur maligne	80	35
D549	Parotidectomie totale sans conservation du facial et curage ganglionnaire jugulo-carotidien et sous maxillaire	180	80

Chapitre VI : Maxillaires
Article 1er: Fractures

D600	Traitement des fractures des procès alvéolaires avec conservation des dents mobiles et déplacées, traitement radiculaire non compris	50	20
D601	Traitement orthopédique d'une fracture complète sans déplacement (appareillage compris)	60	20
D602	Traitement orthopédique d'une fracture complète avec déplacement (appareillage compris)	100	40
	Traitement d'une disjonction craniofaciale (appareillage compris) :		
D603	- Sans déplacement	80	30
D604	- Avec déplacement	120	50
D605	Traitement d'une fracture complète et simultanée des deux maxillaires (appareillage compris)	150	80
D606	Traitement sanglant complet par ostéosynthèse des fractures des maxillaires de l'os malaire ou du zygoma, quelle que soit leur forme anatomique (contention comprise).	100	40
	Traitement chirurgical d'une pseudarthrose (prélèvement des greffons compris), voir traitement sanglant complet d'une fracture d'un maxillaire, avec supplément 50p. 100		

Article 2 :Lésions infectieuses

D607	Curetage et ablation des séquestres pour ostéite et nécrose des maxillaires circonscrites à la région alvéolaire	10	

D608	Curetage et ablation des séquestres pour ostéite ou nécrose du corps maxillaire (radiographie indispensable)	50	20

Article 3 : Malformations et tumeurs

D609	Prélèvement osseux important ou trépanation d'un maxillaire pour examen histologique	30	20
D610	Ablation d'une tumeur bénigne des maxillaires ayant entraîné un vaste délabrement osseux	80	30
	Ostétomie unilatérale du maxillaire inférieur :		
D611	* Par voie exobuccale	80	30
D612	* Par voie endobuccale	100	40
D613	Ostéotomie segmentaire pour prognathie ou rétrognathie supérieure	150	60
D614	Ostéotomie totale pour prognathie ou rétrognathie supérieure (greffe osseuse comprise)	200	90
	Traitement chirurgical de la prognathie ou rétrognathie inférieure par ostéotomie bilatérale :		
D615	* Par voie exobuccale	150	60
D616	* Par voie endobuccale	200	90
D617	Résection par voie endo-buccale d'un segment mandibulaire n'intéressant pas l'os alvéolaire sans interruption de la continuité osseuse	50	20
D618	Résection d'un segment mandibulaire avec interruption de la continuité, quel que soit le procédé (prothèse dentaire éventuelle non comprise)	120	40
D619	Résection totale d'un hémimaxillaire inférieur ou du maxillaire supérieur (prothèse dentaire éventuelle non comprise)	120	50
D620	Endo-prothèse de reconstitution du maxillaire, de la mandibule	130	60

Article4 : Articulation temporo-maxillaire

D621	Traitement orthopédique de luxation uni ou bilatérale récente de la mandibule	5	
D622	Traitement des plaies, traitement opératoire des lésions de l'articulation temporo-maxillaire, septiques ou aseptiques, quelle que soit la technique	40	20
D623	Méniscectomie unilatérale, résection du condyle	80	30
D624	Réduction sanglante de la luxation temporo-maxillaire	80	30
D625	Arthroplastie, traitement chirurgical d'une constriction permanente, par articulation (endo-prothèse non comprise)	100	50

Article 5 : Orthopédie dento-faciale

Tout traitement doit concerner les dysmorphoses corrigibles, et doit être commencé au plus tard six mois après la date de l'accord préalable sous peine de la caducité de celui-ci.

1 - Examens

D626	Examen 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
D627	* Avec analyse céphalométrique, en supplément	5

2 - Traitements

Rééducation de la déglutition, rééducation de l'articulation de la parole :

voir (titre IV, chapitre II, article 2 de la présente nomenclature.)

D628	Par série de douze séances éventuellement renouvelables, chaque séance	5
	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 :	
D629	- Par période de six mois	90
D630	- Avec un plafond de	540
	En cas d'interruption provisoire du traitement :	
D631	- Séance de surveillance	5
D632	- Première année	75
D633	- Deuxième année	50
	Mise en place sur l'arcade, jusqu'au 18ème anniversaire :	
D634	- D'une canine incluse	150
D635	- De deux canines incluses	200
	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 :	
D636	- première année	75
D637	- deuxième année	50
D638	Disjonction intrarmaxillaire rapide pour dysmorphose maxillaire en cas d'insuffisance respiratoire confirmée	180
	Orthopédie des malformations consécutives au bec-de-lièvre total ou à la division palatine :	
D639	- forfait annuel, par année	200
D640	- en période d'attente	60
D641	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

Chapitre VII : Dents, gencives

Section 1 : Soins conservateurs
L'anesthésie locale ou régionale par infiltration, pratiquée pour des actes de cette rubrique, ne donne pas lieu à cotation

Article 1er: Obturations dentaires définitives

D700	1) Cavité simple, traitement global	10
	L'obturation de plusieurs cavités simples sur la même face ne peut être comptée que pour une seule obturation composée intéressant deux faces)	
D701	2) Cavité composée, traitement global intéressant 2 faces	10
D702	3) Cavité composée, traitement global intéressant 3 faces et plus	15
	4) Soins de la pulpe et des canaux (ces soins ne peuvent être remboursés que si l'obturation a été effectuée à l'aide d'une pâte radio-opaque).	
D703	Pulpotomie, pulpectomie coronaire avec obturation de la chambre pulpaire (traitement global)	7
	Pulpectoimie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) :	
D704	- Groupe inciso-canin	10
D705	- Groupe prémolaires	15
D706	- Groupe molaires	25
	Les actes ci-dessus énoncés sont majorés de 50% lorsqu'ils s'appliquent à des dents permanentes sur des enfants de moins de 13 ans.	
D707	5° Restauration d'une perte de substance intéressant deux faces et plus d'une dent par matériau inséré en phase plastique avec ancrage radiculaire	33
	Pour les actes mentionnés au 4 ci-dessus, une radiographie pré-opératoire et une radiographie post-opératoire sont obligatoires	

Article 2 : Hygiène bucco-dentaire et soins parodontiques

D708	Détartrage complet sus et sous-gingival (effectué en deux séances au maximum), par séance	12
D709	Ligature métallique dans les parodontopathies	8
D710	Attelle métallique dans les parodontopathies	40
D711	Prothèse attelle de contention quel que soit le nombre de dents ou de crochets	70
D712	Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures, par dent	8
	La prise en charge de l'acte ci-dessus par l'assurance maladie est limitée aux 1re et 2e molaires permanentes et ne peut intervenir qu'une fois par dent. Cet acte doit être réalisé en cas de risque carieux jusqu'à l'âge de quatorze ans, sauf disposition réglementaire contraire.	

Section 2 : Soins chirurgicaux
Article premier : Extractions

L'anesthésie locale ou loco-régionale pour les actes de cette section ne donne pas lieu à cotation.

Extraction :

D713	* d'une dent permanente	10
D714	* de chacune des suivantes au cours de la même séance	5

Extraction :

D715	* d'une dent lactéale, quelle que soit la technique	8
D716	* de chacune des suivantes au cours de la même séance	4
D717	Extraction d'une dent par alvéolectomie	10

Lorsque les extractions sont effectuées sous anesthésie générale, les cotations à retenir concernant cette anesthésie sont pour :

D718	* une à douze extractions	25
D719	* treize et au-dessus	30

Pour les actes qui suivent, une radiographie pré-opératoire est obligatoire:

Extraction des dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état. de germe :

D720	* La première	40
D721	* Chacune des suivantes au cours de la même séance	20

Lorsque les extractions de dents de sagesse incluses, enclavées ou à l'état de germe, sont effectuées sous anesthésie générale, les cotations à retenir concernant cette anesthésie sont :

D722	* Pour une dent		25
D723	* Pour deux dents ou plus		40
D724	Germectomie pour une autre dent que la dent de sagesse	20	
D725	Extraction d'une dent incluse ou enclavée	40	
D726	Extraction d'une canine incluse	50	30
D727	Extraction d'une odontoïde ou d'une dent surnuméraire incluse ou enclavée	40	
D728	Extraction d'une dent en désinclusion non enclavée, dont la	20	

	couronne est sous-muqueuse		
D729	Extraction d'une dent en désinclusion dont la couronne est sous muqueuse en position palatine ou linguale	50	30
D730	Extraction d'une dent ectopique et incluse (coroné, gonion, branche montante, bord basilaire de la branche et du menton, sinus)	80	30
	Extraction chirurgicale d'une dent permanente incluse, traitement radiculaire éventuel, réimplantation, contention :		
D731	* D'une dent	100	30
D732	* De deux dents	150	40

Article 2 : Traitement des lésions osseuses et gingivales

D733	Trépanation du sinus maxillaire, par voie vestibulaire, pour recherche d'une racine dentaire	40	
D734	Dégagement chirurgical de la couronne d'une dent permanente incluse	30	
	Régularisation d'une crête alvéolaire avec suture gingivale :		
D735	* Localisée, et dans une autre séance que celle de l'extraction	5	
D736	* Etendue à la crête d'un hémimaxillaire ou de canine à canine	15	
D737	* Etendue à la totalité de la crête	30	
D738	Curetage périapical avec ou sans résection apicale (radiographie obligatoire, traitement et obturation du canal non compris)	15	
	Exérèse chirurgicale d'un kyste (radiographie obligatoire) :		
D739	* Kyste de petit volume par voie alvéolaire élargie	15	
D740	* Kyste étendu aux apex de deux dents et nécessitant une trépanation osseuse	30	
D741	* Kyste étendu à un segment important du maxillaire	50	30

Dans toutes les interventions sur kystes, la résection apicale et les extractions sont comprises, mais non les traitements des canaux.

Pour la cure d'un kyste par marsupialisation, les coefficients sont de 50% des précédents.

D742	Gingivectomie partielle	5
D743	Gingivectomie étendue à un sextant : (de canine à canine, de prémolaire à dent de sagesse)	20
D744	Traitement d'une hémorragie post-opératoire dans une séance autre que celle de l'intervention	10

Article 3 : Chirurgie préprothétique (prothèse immédiate non comprise)

Désinsertion musculaire

D745	1° D'un vestibule supérieur ou inférieur	40	20

D746	2° Du plancher de la bouche avec section des mylohyoïdiens	60	20
D747	3° Approfondissement d'un vestibule par greffe cutanée	40	20

Section III : Prothèse dentaire
Article 1er: Conditions générales d'attribution

1. En ce qui concerne le traitement prothétique, les coefficients prévus s'appliquent aux réalisations conformes aux données acquises de la science.

2. I. n'est pas prévu de limitation pour la durée d'usage des prothèses. Leur renouvellement est subordonné à l'usure des appareils ou des dents ou à la modification de la morphologie de la bouche.

Article 2 : Prothèse dentaire conjointe

A - Les couronnes dentaires :

1) Couronnes ajustées (face occlusale coulée) :

D748	* Couronnes en acier ou en nickel chromé.	40
D749	* Couronnes en or jaune ou en métaux précieux	60
D750	2) Couronnes coulées en acier ou en nickel chromé	50
D751	* Couronnes coulées en or jaune ou métaux précieux	80
	3) Couronnes coulées et esthétiques :	
D752	* Couronnes à incrustation vestibulaire ou couronnes veneer en acier	75
D753	* Couronnes à incrustation vestibulaire en or jaune ou en métaux précieux	120
D754	* Couronnes céramo-métal	180
D755	* Couronnes jacket céramo-métal	180
D756	* Couronnes jacket cuite	40

B - Les bridges dentaires :

D757	Chaque élément du bridge sera compté comme couronne unitaire de même nature

C - Les inlay-cores en or jaune ou métal précieux :

D758	* Sur dents uniradiculaires	80
D759	* Sur dents pluriradiculaires	100

D - Les dents à pivots esthétiques:

D760	* En or jaune ou métaux précieux	150

Article 3 : Prothèse dentaire adjointe

A droit à un appareil de prothèse dentaire adjointe tout bénéficiaire qui présente au moins une dent absente et remplaçable, à l'exception des dents de sagesse.

Appareillage (appareil compris) au moyen d'un appareil sur plaque base en matière plastique d'un édentement :

D761	* D'une à trois dents	40
D762	* De quatre dents	45
D763	* De cinq dents	50
D764	* De six dents	55
D765	* De sept dents	60
D766	* De huit dents	65
D767	* De neuf dents	70
D768	* De dix dents	75
D769	* De onze dents	80
D770	* De douze dents	85
D771	* De treize dents	90
D772	* De quatorze dents	95
D773	Prothèse adjointe totale du maxillaire supérieur	120
D774	Prothèse adjointe totale du maxillaire inférieur	120

Supplément :

D775	* pour plaque base métallique	120
D776	* pour dent prothétique contreplaquée sur plaque base en matière plastique	10
D777	* pour dent prothétique contreplaquée ou massive sur plaque base métallique	15

Réparation de :

D778	* fractures de la plaque base en matière plastique	10
D779	* fractures de la plaque base métallique, non compris, s'il y a lieu, le remontage des dents sur matière plastique	15

Dents ou crochets ajoutés ou remplacés sur appareil en matière plastique, ou à chassis métallique :

D780	* premier élément :	10
D781	* les suivants, sur le même appareil :	5

D782	Dents contreplaquées ou massives et crochets, soudés, ajoutés ou remplacés sur appareil métallique, par élément :	20
D783	Dents ou crochets remontés sur matière plastique, après réparation de la plaque base métallique, par élément :	3
D784	Remplacement de facette	8

Prothèse partielle avec système d'attachement :

D785	L'attachement est en supplément sur la cotation de la plaque métallique	40

Les crochets ou appuis occlusaux coulés avec la plaque ne sont pas considérés comme attachement

Chapitre VIII : Prothèse restauratrice maxillo-faciale
Appareillage par obturateur (prothèse dentaire éventuelle non comprise) :

D800	pour perforation palatine de moins de 1 cm	25
	pour perte de substance du maxillaire ou de la mandibule (par exemple résection chirurgicale, électrocoagulation) :	
D801	- s'il s'agit d'une prothèse partielle	40
D802	- s'il s'agit d'une prothèse complète	80
D803	pour perte de substance vélopalatine	100
D804	Prothèse à étages pour résection élargie du maxillaire supérieur (prothèse dentaire non comprise)	150
D805	Chapes de recouvrement (support de prothèse vélopalatine), par élément	25
D806	Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé	60
D807	Appareillage de contention ou de réduction pré-opératoire et post-opératoire du maxillaire ou de la mandibule (résection chirurgicale ou greffe)	130
D808	Appareillage par mobilisateur du maxillaire inférieur (quel que soit le modèle)	80
D809	Appareillage par appui péricrânien	60
	Appareillage par appareil guide :	
D810	* sur une arcade	40
D811	* sur deux arcades	80
D812	Appareillage de distension des cicatrices vicieuses	80
D813	Appareil porte-radium ou appareil de protection des maxillaires pour radiations ionisantes	80
D814	Appareillage de redressement nasal avec point d'appui dento-maxillaire ou péricrânien	140
D815	Moulage facial	20
D816	Prothèse plastique faciale (par exemple, du pavillon de l'oreille ou du nez) ; prise en charge, après accord préalable, suivant devis du	

	praticien traitant.	

chapitre IX : Assimilation
III/I. - Electrogustomètrie

Cet acte doit être coté K 10 par assimilation à examen audiométrique tonale liminaire et éventuellement supra-liminaire

III/II. - Electro-cochléogramme et audio-électroencéphalogramme (non compris l'anesthésie générale éventuelle)

Assimilation à électro-encéphalogramme, chacun 30.

III/III. - Potentiels évoqués auditifs

Les potentiels évoqués auditifs qui, au moyen d'électrodes placées sur le crâne, enregistrent et mesurent des réponses à des stimulations auditives, peuvent être assimilées à :

électroencéphalogramme : 30

Un supplément K 18 peut s'ajouter pour l'étude des temps de propagation nerveuse effectuée en complément de la recherche des potentiels évoqués auditifs

III/IV. - Potentiels évoqués somesthésiques et électromyographie

1. Potentiels Somesthésiques

Les potentiels évoqués somesthésiques peuvent être assimilés à :

Electroencéphalogramme, quel que soit le nombre de chaînes de l'appareil, le temps passé, les procédés d'activation "utilisés avec un minimum de six plumes : 30" (Article 1er - Chapitre I -Titre III de la présente nomenclature)

2. **Le supplément K 18** concerne exclusivement l'étude des temps de propagation nerveuse effectuée en complément de la recherche des potentiels évoqués auditifs

3. **Lorsque plusieurs Potentiels Evoqués** sont pratiqués la règle de l'Article 11 B s'applique pleinement, exception faite du supplément éventuel.

4. **EnElectromyographie** il est licite de pratiquer lors d'une même séance pour des affections neurologiques ou rhumatologiques sévères : un électromyogramme (coté K 27), un examen de stimulodétection (coté K 18) et une mesure de la vitesse de conduction sensitive (également cotée K 18). En revanche, il n'y a pas d'intérêt de faire en plus une chronaximétrie.

5. **Lorsque plusieurs actes d'électromyographie** sont pratiqués dans la même séance ils ne font pas l'objet d'une minoration, En revanche, si un autre acte s'ajoute à ceux-ci ce dernier est divisé par deux en application de la disposition citée supra.

III/V. - Ablation d'une tumeur du conduit auditif interne par voie suspétreuse sous microscope

Assimilation à traitement d'une tumeur de l'orbite par voie intra-crânienne : 200

III/VI. - Neurectomie vestibulaire ou cochléo-vestibulaire avec ablation du ganglion de scarpa dans le conduit auditif interne par voie suspétreuse sous microscope

Assimilation à traitement d'une tumeur de l'orbite par voie intra-crânienne : 200 KC.

III/VII. - Décompression chirurgicale du nerf facial dans sa première portion avec ou sans ablation du ganglion géniculé par voie suspétreuse sous microscope

Assimilation à traitement d'une tumeur de l'orbite par voie intra-crânienne : 200 KC.

III/VIII. - Impédancemétrie avec réflexes stapédiens

Cet examen ne figure pas isolément à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels mais inclus dans l'Audiométrie tonale liminaire cotée K 25 au Titre III, Chapitre III, article 1er de la présente nomenclature.

Eu égard à l'intérêt que cet examen présente, même quand il est fait isolément, notamment pour suivre l'évolution d'une otite séreuse chez le jeune enfant, en évitant un audiogramme, cotation K 10 par assimilation a : Examen labyrinthique : 10

III/IX. - Rhinomanométrie antérieure passive (rap) ou "test de provocation par voie nasale"

Cet examen permet de mesurer la pression nasale et ses variations aux épreuves de provocation par aérosolisation d'allergènes au niveau de la muqueuse nasale.

Il est indiqué, lorsque, en dépit de signes cliniques suggestifs, les tests cutanés sont négatifs ; ou lorsqu'il y a une polysensibilisation cutanée.

La RAP doit s'accompagner d'un compte-rendu précisant le seuil de réactivité, et doit durer au minimum une demi-heure.

Assimilation à : inventaire allergologique comportant des tests cutanés effectués en injection intra-dermique avec compte-rendu (maximum 3 séances) : 15.

III/X. - Sinuscopie ou sinusoscopie au moyen d'un fibroscope

Examen aidant au diagnostic des tumeurs endosinusiennes peut être coté K 30 ou K 40 si une biopsie est pratiquée par assimilation à : médiastinoscopie, oesophagoscopie, oesofibroscopie, bronchoscopie K 30, avec biopsie K 40

III/XI. - Evidement de l'ethmoïde

Cet acte n'est plus guère effectué actuellement. Au cas où quelques praticiens le pratiqueraient encore, cotation retenue par assimilation à : résection ou reposition de la cloison : 60

III/XII. - trépanation du sinus sphénoïdal par voie ethmoïdienne isolée (rarissime)

Assimilation à : résection ou reposition de la cloison : 60

Effectuée dans le cadre du traitement d'une pan-sinusite, elle ne donne pas lieu à cotation supplémentaire.

III/XIII. - Trépanation chirurgicale de la paroi antérieure ou inférieure du sinus frontal pour traitement de la sinusite frontale

Assimilation à : traitement des lésions non malignes du sinus maxillaire : 80 - 30

Effectuée dans le cadre du traitement d'une pan-sinusite, elle ne donne pas lieu à cotation supplémentaire.

III/XIV. - Traitement de toute lésion non maligne du sinus frontal par trépanation chirurgicale de la paroi antérieure ou inférieure du sinus frontal

Même assimilation 80 - 30.

ASSIMILATIONS DENTAIRES

Nota :

Si l'exécutant des actes assimilés est un médecin, la lettre-clé D doit être remplacée par la lettre-clé K,

Frénectomie excision du frein labial ; Assimilation à : Excision et suture d'une bride fibreuse ou du frein hypertrophié de la langue. D10

Réduction sanglante simple d'une fracture du zygoma ; Assimilation à Traitement des fractures des procès alvéolaires. D50

Pose d'une ligature sur une dent haut-située sous-muqueuse (incisive ou canine) en vue d'un traitement d'ODF ; Assimilation à : Extraction d'une dent en désinclusion non enclavée dont la couronne est sous-muqueuse. D20

Cette assimilation n'est applicable que si l'intervention est faite par un praticien autre que celui qui pratique (ou pratiquera) le traitement d'ODF.

Plaque palatine pour l'obturation de la division palatine chez le nourrisson

Assimilation à Appareillage par obturateur pour perforation palatine de moins de un centimètre, quelle que soit l'importance de la lésion. Renouvelable jusqu'à l'intervention chirurgicale réparatrice. Quelle que soit la dimension de la fente. D25

Dent prothétique massive sur plaque base en matière plastique : Assimilation à dent prothétique contre-plaquée. D 10

Mise en place et contention d'une dent permanente expulsée par traumatisme : Assimilation à Attelle métallique dans les parodontopathies. La cotation globale comprend les soins post-opératoires et la surveillance. D40

Traitement symptomatique du syndrome algo-dysfonctionnel de l'articulation temporo-mandibulaire : Assimilation à Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé. Un diagnostic complet associé à un plan de traitement doit être joint à la demande d'assimilation. D60

Appareil anti-bavage : Assimilation à Prothèse de recouvrement pour correction de l'articulé. D60

Gouttières pour application de gel fluoré en prévention des accidents radiothérapiques, par arcade : L'assimilation n'est acceptable que dans le cas d'une radiothérapie de la sphère oro-pharyngée. D30

Rééducation des articulations temporo-mandibulaires, par séance : Assimilation à rééducation des petites articulations D4

Titre IV : Actes portant sur le cou

E - Chapitre I : Tissu cellulaire, muscles

E100	Incision et drainage d'un adénophlegmon cervico-facial	20	
E101	Traitement opératoire du torticolis par ténotomie sous-cutanée	15	
E102	Suivi de la confection d'un appareil plâtré	40	
E103	Scalénotomie	40	20

E104	Ablation de fistules et gros kystes congénitaux	80	30

Chapitre II : Larynx
Article premier : Actes de diagnostic et chirurgicaux

E200	Etude isolée de la mobilité pharyngo-laryngée lors de la phonation, quelle que soit la technique utilisée et le nombre d'épreuves effectuées	10	
F201	Laryngoscopie directe en suspension, avec biopsie(s) éventuelle(s), sous anesthésie générale	30	30
E202	Epluchage du larynx sous laryngoscopie directe en suspension, sous anesthésie générale	50	30
E203	Nasofibrolaryngoscopie	15	
E204	Supplément pour biopsie(s) éventuelle(s)	5	
E205	Panendoscopie des voies aérodigestives supérieures effectuée en salle d'opération, pour le bilan d'une lésion néoplasique, comprenant l'étude du larynx dans ses trois étages, l'étude de la trachée et de l'oesophage jusqu'au cardia et éventuellement l'étude des sinus, avec biopsie(s) éventuelle(s)	60	40
E206	Dilatation laryngée, par séance	10	
E207	Cryothérapie des papillomes endolaryngés	10	
E208	Ouverture d'une collection endolaryngé ou périlaryngée par les voies naturelles	20	
E209	Ablation d'un polype du larynx par les voies naturelles	40	
E210	Extraction d'un corps étranger de l'hypopharynx, ou du larynx	20	
E211	Traitement chirurgical par voie externe des sténoses laryngo-trachéales et des paralysies laryngées	150	60
E212	Thyrotomie	80	30
E213	Laryngectomie partielle	100	40
E214	Laryngectomie totale ou sus-glottique	180	80
E215	Pharyngolaryngectomie avec curage ganglionnaire	250	130
E216	Pharyngolaryngectomie avec curage ganglionnaire bilatéral	310	165
E217	Injection de produit opaque pour laryngographie	10	

Article 2 :Rééducation de la voix, du langage et de la parole

Le bilan orthophonique fait l'objet d'une prescription médicale, accompagnée, si possible, des motivations de la demande de bilan et de tout élément susceptible d'orienter la recherche de l'orthophoniste.

Deux types de prescriptions de bilan peuvent être établis :

1. Bilan orthophonique avec rééducation si nécessaire :

A 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. Sauf contre-indication médicale, il établit une demande d'accord préalable.

2. Bilan orthophonique d'investigation:

A 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.

A la fin du traitement, une note d'évolution est adressée au prescripteur.

Si, à l'issue :

des 50 premières séances pour les rééducations individuelles cotées de 5 à 12, 1 ou de groupe ; des 100 premières séances pour les actes cotés 13 à 15,

la rééducation doit être poursuivie, la prescription d'un bilan orthophonique de renouvellement est demandée au prescripteur par l'orthophoniste. La poursuite du traitement est mise en oeuvre conformément à la procédure décrite pour le premier type de bilan.

Le compte rendu de bilan est communiqué au service médical à sa demande.

Les cotations de cet article ne sont pas cumulables entre elles

1. Bilan avec compte rendu écrit obligatoire

E218	Bilan de la déglutition et des fonctions oro-myo-fonctionnelles	16
E219	Bilan fonctionnel de la phonation	24
E220	Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition- du langage écrit	24
E221	Bilan du langage écrit	24
E222	Bilan de la dyscalculie et des troubles du raisonnement logico-mathématique	24
E223	Bilan des troubles d'origine neurologique	30
E224	Bilan du bégaiement	30
	Bilan du langage dans le cadre des handicaps moteurs, sensoriels ou mentaux	
E225	(inclus surdité, IMC, autisme, maladies génétiques)	30

En cas de bilan orthophonique de renouvellement, la cotation du bilan est minorée de 30%.

2. Rééducation individuelle (accord préalable)

La séance doit avoir une durée minimale de 30 minutes, sauf mention particulière.

La première série de 30 séances est renouvelable par séries de 20 séances au maximum :

E226	Rééducation des troubles d'articulation isolés chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	5
E227	Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences perceptives, troubles de la phonation des divisions palatines et des insuffisances vélaires, par séance	
E228	Rééducation des troubles de l'articulation liés à des déficiences d'origine organique, par séance	8
E229	Rééducation de la déglutition atypique, par séance	8
E230	Rééducation vélo-tubo-tympanique, par séance	8
E231	Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	10
E232	Rééducation du mouvement paradoxal d'adduction des cordes vocales à l'inspiration, par séance	10
E233	Rééducation des dysarthries neurologiques, par séance	10
E234	Rééducation des dysphagies chez l'adulte et chez l'enfant, par séance	10
E235	Rééducation des anomalies des fonctions oro-faciales entraînant des troubles de l'articulation et de la parole, par séance	10
E236	Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	10
E237	Education à l'utilisation des prothèses phonatoires quel qu'en soit le mécanisme par séance	10
E238	Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance	10
E239	Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	10
E240	Rééducation des troubles de l'écriture par séance	10
E241	Rééducation des retards de parole des retards du langage oral, par séance	12
E242	Rééducation du bégaiement, par séance	12
E243	Education précoce au langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	12
E244	Education ou rééducation du langage dans les handicaps de l'enfant de type sensoriel, moteur, mental, par séance	12
E245	Education ou rééducation du langage dans le cadre de l'infirmité motrice d'origine cérébrale, par séance	12
E246	Education ou rééducation du langage dans le cadre de l'autisme, par séance	12
247	Education ou rééducation du langage dans le cadre des maladies génétiques, par séance	12
E248	Réadaptation à la communication dans les surdités acquises appareillées et/ou éducation à la pratique de la lecture labiale, par séance	12

Pour les actes suivants, la séance doit avoir une durée minimale de 45 minutes, sauf mention particulière

La première série de 50 séances est renouvelable par séries de 50 séances au maximum. Ce renouvellement est accompagné d'une note d'évolution au médecin prescripteur

E249	Rééducation des dysphasies, par séance d'une durée minimale de 30 minutes	13
E250	Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	15
E251	Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	15
E252	Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes neurodégénératives, atteintes de maladies par séance	15
E253	Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15
E254	Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	15

3. Rééducation nécessitant des techniques de groupe

(accord préalable)

Cette rééducation doit être dispensée à raison d'au moins un praticien pour quatre personnes. Il est conseillé de constituer des groupes de gravité homogène.

Par première série de 30 séances d'une durée minimale d'une heure, renouvelable par séries de 20 séances au maximum :

E255	Rééducation des troubles de la voix d'origine organique ou fonctionnelle, par séance	5
E256	Education à l'acquisition et à l'utilisation de la voix oro-oesophagienne et/ou trachéo-oesophagienne, par séance	5
E257	Rééducation des pathologies du langage écrit : lecture et/ou orthographe, par séance	5
E258	Rééducation des troubles du calcul et du raisonnement logico-mathématique, par séance	5
E259	Rééducation des retards de parole, des retards du langage oral, par séance	5
E260	Rééducation du bégaiement, par séance	5
E261	Education à la pratique de la lecture labiale, par séance	5
E262	Rééducation des dysphasies, par séance	5
E263	Rééducation du langage dans les aphasies, par séance	5
E264	Rééducation des troubles du langage non aphasiques dans le cadre d'autres atteintes neurologiques, par séance	5
E265	Maintien et adaptation des fonctions de communication chez les personnes atteintes de maladies neurodégénératives, par séance	5
E266	Démutisation dans les surdités du premier âge, appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5
	Rééducation ou conservation du langage oral et de la parole dans les surdités appareillées ou non, y compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	5

Chapitre III : Corps thyroïde

E300	Hémithyroïdectomie partielle	60	30
E301	Hémithyroïdectomie totale	80	40
E302	Thyroïdectomie totale	120	50
E303	avec évidement ganglionnaire	150	70
E304	Parathyroïdectomie unilatérale	100	40

Chapitre IV : Trachée-oesophage

E400	Intubation trachéale isolée en dehors d'une intervention chirurgicale	10	
E401	Intubation trachéo-bronchique sélective pour une intervention chirurgicale endothoracique, en supplément	20	
E402	Trachéotomie, trachéostomie, traitement chirurgical d'une plaie de la trachée	50	20
E403	Oesophagotomie, oesophagostomie, traitement chirurgical d'une fistule oesophagienne	80	30
E404	Résection d'un diverticule cervical de l'oesophage	100	30
E405	Ph-métrie oesophagienne courte avec épreuves de provocation éventuelles (durée minimale deux heures)	35	
	Cet acte n'est pas cumulable avec la manométrie oesophagienne		
E406	Ph-métrie oesophagienne prolongée avec épreuves de provocation éventuelle (durée minimale douze heures)	45	
	Cet acte n'est pas cumulable avec la manométrie oesophagienne		
E407	Manométrie oesophagienne	35	
	Cet acte n'est pas cumulable avec la Ph-métrie oesophagienne		
E408	Dilatation oesophagienne sous contrôle endoscopique	50	30
E409	Sclérose de varices oesophagiennes sous contrôle endoscopique	50	30

Titre V : Actes portant sur le rachis ou la moelle épinière
Article premier : Traitement neuro-chirurgical des affections intra-rachidiennes

1° Lésions expansives rachidiennes et intra-rachidiennes

F100	Corporectomie vertébrale avec reconstruction	250	110
F101	Exérèse d'une lésion expansive épidurale (plus ou moins vertébrale)	150	80
F102	Exérèse d'une lésion expansive intra-durale, extra-médullaire	180	80
F103	Exérèse d'une lésion intra-médullaire (inférieure ou égale à quatre métamères)	300	130
F104	Exérèse d'une lésion intra-médullaire (supérieure à quatre métamères)	450	150
F105	Ponction d'un kyste intra-médullaire	150	50
F106	Exérèse d'une lésion expansive géante de la queue de cheval	400	130
F107	Exérèse d'une lésion expansive en sablier	250	110

2° Lésions vasculaires de la moelle

F108	Traitement d'une malformation artérioveineuse médullaire	400	130
F109	Evacuation d'un hématome intra-rachidien	150	60

3° Traumatismes vertébro-médullaires

F110	Mise en place d'une traction cervicale (étrier, halo)	50	
F111	Réduction non sanglante d'une luxation vertébrale	60	
F112	Ostéosynthèse vertébrale par plaques, tiges ou crochets	150	60

4° Malformations vertébro-médullaires

F113	Traitement d'une cavité syringomyélique (ponction, drainage)	150	60
F114	Traitement d'une malformation de la charnière cranio-cervicale (voie postérieure)	200	90
F115	Traitement d'une malformation de la charnière cranio-cervicale (voie transorale)	300	130
F116	Traitement d'une myélo-méningocèle (spina bifida)	150	90
F117	Traitement des fistules sacrococcygiennes	60	

5° Lésions disco-vertébrales dégénératives (quel que soit le nombre d'étages contigus traités)

F118	Hernie discale lombaire (traitement chirurgical)	120	60
F119	Hernie discale lombaire (chimio-nucléolyse percutanée)	40	
F120	Hernie discale dorsale (voie postérieure ou postéro-latérale	150	60
F121	Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50	
F122	Hernie discale dorsale (voie antérieure ou antéro-latérale)	200	90
F123	Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50	
F124	Hernie discale cervicale (molle ou cervicarthrosique)	150	60
F125	Avec greffe, en supplément y compris le prélèvement du greffon	50	
F126	Laminectomie pour sténose du canal cervical portant sur au moins trois niveaux (avec ou sans hernie)	150	70
F127	Supplément pour pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris le prélèvement du greffon)	50	
F128	Laminectomie pour sténose du canal lombaire portant sur au moins deux niveaux (avec ou sans hernie)	150	70
F129	Supplément pour pose d'un greffon osseux et/ou ostéosynthèse (y compris le prélèvement du greffon)	50	

Article 2 : Actes portant sur le rachis

Les coefficients de cetArticlene se cumulent pas avec ceux de l'Articlepremier ci-dessus.

F130	Discographie d'un disque	20	
F131	Réduction d'une scoliose par manoeuvre orthopédique (appareil plâtré compris), chaque séance	40	
	Abord des lésions rachidiennes par voie postérieure :		
F132	* Sans greffon ni ostéosynthèse	120	50
F133	* Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	150	70
	Abord des lésions rachidiennes par voie antérieure ou antéro-latérale :		
F134	* Sans greffon ni ostéosynthèse	150	50
F135	* Avec greffon ou ostéosynthèse ou les deux, y compris le prélèvement du greffon	200	70
	Traitement chirurgical d'une scoliose ou d'une cyphose avec réduction et fixation, y compris le prélèvement éventuel du greffon :		
F136	* Sans ostéosynthèse	200	100
F137	* Avec ostéosynthèse	250	110
F138	Traitement d'une scoliose et/ou d'une cyphose, avec réduction, fixation et ostéosynthèse, portant sur au moins cinq niveaux vertébraux, y compris le prélèvement éventuel du greffon	300	180
F139	Traitement chirurgical complet du spondylolisthésis (comprenant au minimum la résection de l'arc postérieur, la réduction, l'ostéosynthèse et la fusion intersomatique), y compris la prise de greffon, la laminectomie éventuelle et la libération des racines	250	110
F140	Extraction d'un corps étranger intrarachidien	120	50
F141	Ablation isolée du coccyx	10	
F142	Injection épidurale	8	
F143	Discectomie percutanée	80	40

Titre VI : Actes portant sur le membre supérieur

G	Les cotations comprennent l'appareillage post-opératoire éventuel. Les clichés radiographiques pris avant et après traitement doivent être fournis.		
G100	Extirpation d'un os du carpe	40	
G101	Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse	60	
G102	Ablation de la clavicule	50	
G103	Ablation de l'omoplate	60	20
G104	Amputation inter-scapulo-thoracique	150	60
G105	Traitement chirurgical du syndrome de Volkmann	120	50

G106	Plasties ou transpositions musculaires pour séquelles spastiques ou paralytiques de l'épaule, du coude	120	40

Main :

G107	Ablation d'un ongle	10	
G108	Ablation d'exostose sous-unguéale	20	
G109	Excision d'un panaris	10	
G110	Traitement chirurgical d'un phlegmon profond de la main	20	
G111	Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digitales	40	
G112	Traitement chirurgical d'un phlegmon d'une ou plusieurs gaines digito- carpiennes	60	20
	Sutures primitives des tendons de la main (y compris le traitement de la plaie),		
	Lésion de tendons extenseurs :		
G113	* un doigt	50	20
G114	* deux doigts	70	30
G115	* trois doigts ou plus	80	30
	Lésion des tendons fléchisseurs :		
G116	* un doigt	60	20
G117	* deux doigts	80	30
G118	* trois doigts ou plus	100	30
	Rétablissement secondaire de la fonction après section des tendons quel que soit le procédé :		

G119	Tendons extenseurs :		
G120	* un doigt	60	20
G121	* deux doigt	90	30
G122	* trois doigts ou plus	120	40
	Tendons fléchisseurs :		
G123	* un doigt	100	30
G124	* deux doigts	120	40
G125	* trois doigts ou plus	150	50
	Ténolyse des tendons extenseurs :		
G126	* un doigt	60	
G127	* deux doigts	80	20
G128	* trois doigts ou plus	100	30
	Ténolyse des tendons fléchisseurs :		
G129	* un doigt	80	
G130	* deux doigts	100	20
G131	* trois doigt ou plus	120	30

G132	Doigt à ressort	30	
G133	Synovectomie totale d'une ou plusieurs gaines des extenseurs ou des fléchisseurs	100	30
	Cette cotation n'est cumulable ni avec celle de la libération d'un nerf comprimé ni avec celle de la libération du nerf médian dans le cadre du traitement du syndrome du canal carpien, figurant au titre II, chapitre VI de la présente nomenclature.		
G134	Suture d'un ou plusieurs ligaments	20	
	Ligamentoplastie :		
G135	* un ligament	40	
G136	* deux ligaments	50	
G137	* trois ligaments ou plus	70	20
	Chirurgie réparatrice des articulations des doigts (ligamentoplastie, arthrolyse, ou arthroplastie, etc.) pour rhumatisme, traumatisme fermé ou ancien, etc. :		
G138	* une articulation	50	
G139	* deux articulations	60	20
G140	* trois articulations	70	30
	Arthrodèse d'un doigt :		
G141	* une articulation	40	
G142	* deux articulations	50	20
G143	* trois articulations	70	30
G144	Arthrodèse intermétacarpienne	60	20
G145	Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un doigt	10	
	Dans le cas d'amputation ou de désarticulation simultanée portant sur plusieurs doigts, la première opération est cotée intégralement, la suivante fait l'objet d'une demicotation et les autres ne sont pas cotées.		
G146	Traitement chirurgical des lésions palmaires ou digitales aponévrotiques ou cutanées de la maladie de Dupuytren	120	40
G147	* à l'exclusion de l'aponévrotomie simple	60	
	Traitement chirurgical de la syndactylie (greffe comprise) :		
G148	* une commissure	80	20
G149	* deux commissures	100	30
G150	Phalangisation d'un métacarpien	80	30
G151	Pollicisation d'un doigt	180	50
G152	Transposition d'un doigt en dehors de la pollicisation	100	30

Assimilation

VI. - Exploration et neurolyse du plexus brachial dans le traitement des fibroses plexiques consécutives à la radiothérapie de certains cancers du sein

Assimilation à : résection caténaire ou ganglionnaire en général : 120 K 60 (Titre II - Chapitre VI - Alinéa 2 de la présente nomenclature)

VI. - Exploration microchirurgicale du plexus brachial

Cette intervention longue et délicate peut être notée de la même manière que la réimplantation d'un segment de membre (KC 353)

Remarque : cette cotation ne s'applique pas à l'exploration microchirurgicale des troncs nerveux issus du plexus brachial.

La cotation KC 353 porte non seulement sur le temps exploratoire, mais aussi sur la réparation des lésions du plexus brachial, dont le diagnostic est forcément porté avant l'intervention.

VI. - Microchirurgie réparatrice des membres

Réimplantationou autotransplantation MICRO-CHIRURGICALE d'un MEMBRE, d'un segment de membre, d'un doigt ou d'un orteil quel que soit le nombre de micro-anastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées :

Cotation : 353 KC par assimilation à pollicisation d'un doigt : 180 KC 50 (Titre VI de la présente nomenclature)

+

rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique 3/4 x 150 KC 70 (Titre II - Chapitre V - Section 2 - Article 2 de la présente nomenclature)

+

greffe nerveuse en un ou deux temps : 1/2 x 120 KC 60 (Titre II - Chapitre VI de la présente nomenclature)

soit au total :

pour le chirurgien : 353 KC,
pour l'anesthésiste : 132,5 KC

autotransplantation micro-chirurgicale libre de peau et de muscle et/ou d'os quel que soit le nombre de micro-anastomoses artérielles, veineuses et de sutures nerveuses réalisées :

Cotation : 290 KC par assimilation à : rétablissement de la continuité artérielle ou veineuse, quelle que soit la technique, en cas de suppression définitive du tronc vasculaire principal, endartériectomie : 150 KC 70, (Titre II - Chapitre V - Section 2 Article 2 de la présente nomenclature)

+

greffe nerveuse en un ou deux temps : 120 KC 60, (Titre II - Chapitre VI de la présente nomenclature)

+

autoplastie par lambeau unipédiculé à distance, quelle que soit la surface : 100 KC 25, (Titre II - Chapitre I de la présente nomenclature)

soit au total :

pour le chirurgien : 150 KC + (3/4 x 120 KC) + (1/2 x 100 KC) = 290 KC,
pour l'anesthésiste : KC 70 + (3/4 x KC 60) + K 25 = 127,5 KC.

Les autoplasties par lambeau musculo-cutané sont cotées KC 150

VI. - Fabrication et application d'orthèses statiques et dynamiques des mains et des doigts

La confection et l'application d'une orthèse dynamique de main et doigt par un praticien (médecin) quels que soient le matériau utilisé et le nombre de doigts intéressés, peut être cotée K 40 par assimilation à : appareillage par appareil guidé sur une arcade. (Titre III - Chapitre VIII de la présente nomenclature)

La confection et l'application d'une orthèse statique de main et doigt par un praticien (médecin), quels que soient le matériau utilisé et le nombre de doigts intéressés, peut être cotée K 20 par assimilation à : Moulage facial (Titre III, chapitre VIII de la présente nomenclature)

NB - Le terme "praticien" recouvre uniquement un médecin

Titre VII : Actes portant sur le thorax

H - Chapitre premier : Sein

H100	Galactographie	15	
H101	Drainage d'un abcès profond du sein	20	
H102	Plastie d'un sein pour hypertrophie	100	40
H103	Ablation d'une tumeur bénigne du sein sous anesthésie locale	30	
H104	Mastectomie partielle ou totale	50	
H105	Mastectomie partielle ou totale avec curage axillaire	100	60
H106	* même intervention avec curage mammaire interne, en supplément	30	15
H107	* même intervention avec curage sus-claviculaire, en supplément	30	15
H108	Reconstruction du sein avec lambeau cutané	100	40
H109	Reconstruction du sein avec lambeau musculo-cutané du grand droit de l'abdomen y compris la lipectomie éventuelle de la paroi abdominale et la réparation musculoaponévrotique	205	110
H110	Reconstruction du sein avec lambeau musculo-cutané du grand dorsal	150	60

Ces trois actes ne sont pas cumulables entre eux

H111	Reconstruction de la plaque aréolomamelonnaire	60	30
H112	Traitement chirurgical de l'ombilication du mamelon	30	
H113	Remodelage du sein controlatéral	100	40
H114	Pose d'un repère pour micro-calcification(s), détectée(s) par mammographie incluant l'hameçon	20	
H115	Mise en place d'une prothèse mammaire (après mastectomie ou agénésie mammaire) ou remplacement d'une prothèse mammaire dont l'ablation est liée à un état pathologique	60	30

Le remplacement inclut, par définition, l'ablation d'une ancienne prothèse.

H116	Ablation liée à un état pathologique d'une prothèse	45	30

	mammaire, sans remplacement		
H117	Macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif ...), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage échographique. L'indication doit être posée par une unité de concertation pluridisciplinaire.	40 22 (KE)	

Chapitre II : Paroi thoracique

H200	Extirpation d'un abcès froid thoracique avec ou sans résection d'une côte	60	
H201	Traitement en un ou plusieurs temps des anomalies régionales de la paroi thoracique (type en carène ou entonnoir, etc)	180	70
H202	Traitement par procédés non sanglants des traumatismes fermés graves du		40
H203	thorax, à l'exclusion des actes de réanimation et d'assistance respiratoire		
H204	Résection totale ou partielle d'une côte (sauf la première)	30	
H205	Résection totale ou partielle de la première côte	60	30
H206	Pleurectomie**,** pariétectomie, thoracoplastie, plasties pour réfection pariétale, chaque temps	100	30
H207	Myoplastie étendue avec mobilisations musculaires multiples	180	70
H208	Création d'une cavité pariétale pour pneumothorax ou plombage	100	50

Chapitre III : Plèvre, poumons
Article premier : Explorations fonctionnelles respiratoires

Toutes les cotations ci-dessous comprennent la rédaction de conclusions ; le contrôle médical a le droit d'exiger du médecin la communication des tracés et doit les lui renvoyer.

La mesure de l'oxymétrie et de la capnimétrie réalisée par autotest(s) ne peut donner lieu à cotation.

H300	Mesures isolées de l'oxymétrie et de la capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris) précisant, outre les résultats, les indications de l'examen et l'origine du prélèvement, avec un maximum de deux cotations par jour	19
H301	Spirographie complète avec mesures multiples de la capacité vitale, du VEMS, détermination du volume résiduel de la ventilation maximale et de la consommation du volume d'oxygène et éventuellement épreuve pharmacodynamique qualitative	30
H302	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	45
H303	* même examen que la spirographie complète sans mesure du volume résiduel	20
H304	* même examen que le précédent avec oxymétrie et capnimétrie	35

	du sang artériel (ponctions et dosages compris)	
H305	Epreuve quantitative aux agents pharmacodynamiques ou de provocation aux allergènes comportant une mesure du seuil de réactivité	25
H306	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	36
H307	Epreuve d'exercice de trois à dix minutes à puissance constante et mesurable, avec enregistrement de la ventilation et de la consommation d'oxygène avant, pendant et après l'exercice	20
H308	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	32
H309	Exercice de quinze minutes ou plus, à puissance constante et croissante, avec période témoin de cinq minutes avant et période de récupération de cinq minutes, avec enregistrement de la ventilation, de la consommation d'oxygène et du rejet de CO^2 pendant l'épreuve	40
H310	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et compris) dosages	50
H311	Mesure du transfert du CO en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration	20
H1312	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	32
H313	Mesure du transfert du CO en état stable, en apnée, en inspiration unique ou en réinspiration, avec épreuve d'exercice	30
H314	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	40
H315	Mesure de la ventilation alvéolaire et étude des échanges pulmonaires par prélèvement simultané du gaz expiré et de sang artériel (prélèvements et dosages compris)	40
H316	Adaptation à l'oxygénothérapie dans le cadre d'une insuffisance respiratoire chronique grave : mise en route et surveillance au cours des vingt-quatre premières heures, avec un minimum de deux mesures de l'oxymétrie et de la capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	36
H317	Oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	30
H318	Etude de la valeur fonctionnelle séparée des poumons par bronco-spirométrie à la sonde, avec enregistrement simultané de la capacité vitale, de la ventilation et de la consommation d'oxygène	50

Etude de la mécanique ventilatoire :

H319	Par barographie oesophagienne comportant l'établissement de courbes volume pression, avec étude des propriétés statiques du poumon, mesure de la compliance dynamique et du travail ventilatoire	30
H320	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	40
H321	Par pléthysmographie de la ventilation pulmonaire y compris mesure	40

	des volumes, des débits, de la capacité résiduelle fonctionnelle et de la résistance des voies aériennes, y compris éventuellement la spirographie complète	
H322	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	55
H323	Par la mesure de la résistance des voies aériennes, par l'interruption du courant aérien ou par oscillation	40
H324	* même examen avec oxymétrie et capnimétrie du sang artériel (ponctions et dosages compris)	30

Article 2 : Examens des troubles du sommeil

Les examens des troubles du sommeil sont pris en charge dans le cadre du diagnostic, du contrôle et de l'adaptation du traitement du syndrome des apnées du sommeil et, en ce qui concerne l'enregistrement polysomnographique, dans le cadre du diagnostic de la narcolepsie, avec ou sans cataplexie. Ils comprennent trois heures minimum d'enregistrement comportant la totalité des voies interprétables simultanément.

Ils font l'objet d'un compte rendu adressé au contrôle médical sur sa demande ; un archivage du signal brut est réalisé.

L'appareillage permet le scorage et la rectification de l'analyse automatique.

Tout examen supplémentaire, motivé par une évolution clinique inhabituelle, doit faire l'objet d'une demande d'accord préalable

H325	**Enregistrement polygraphique ventilatoire**	43

Enregistrement nocturne d'une durée minimale de six heures, associant une mesure de la saturation artérielle en oxygène effectuée par oxymétrie, une mesure du flux aérien naso-buccal, une mesure des efforts respiratoires et éventuellement une mesure de la position corporelle.

Le compte rendu doit comporter la durée d'enregistrement (heures de début et de fin), le nombre d'apnées et d'hypopnées par heure (durée moyenne et durée maximale), le pourcentage respectif des événements obstructifs, centraux et mixtes, le nombre de désaturations, la saturation minimum, le temps passé avec une saturation inférieure à 90%

H326	**Enregistrement polysomnographique**	71

Outre les enregistrements prévus dans le cadre de la polygraphie, cet examen doit comporter un électroencéphalogramme (une dérivation) un électro-oculogramme (une dérivation), un électromyogramme (une dérivation).

Le compte rendu doit mentionner, en sus des éléments indiqués pour l'examen polygraphique ventilatoire, le temps total de sommeil, les pourcentages respectifs des différents stades, le nombre d'éveils et le nombre de changement de stade.

Article 3 : Actes de chirurgie

H327	Création, insufflation ou exsufflation de pneumothorax	10	

H328	Ponction de la plèvre (à but diagnostique ou thérapeutique)	4	
H329	Pleuroscopie (à but diagnostique ou thérapeutique)	40	
H330	Symphyse provoquée (y compris la pleuroscopie et suites opératoires)	40	
H331	Ponction évacuatrice de la plèvre, avec ou sans lavage)	12	
H332	Ponction biopsie de la plèvre avec évacuation pleurale	15	
H333	Aspiration ou drainage endocavitaire	20	
H334	Pleurotomie simple	20	
H335	Pleurotomie avec résection costale	30	
H336	Pneumotomie, spéléotomie, en un ou plusieurs temps	100	50
H337	Thoracotomie (1)	100	50
H338	Thoracolaparotomie (1)	120	60
	(1) La thoracotomie ne peut être cotée que si elle n'entraîne pas un geste sur des lésions viscérales justifiant une cotation plus importante ; dans ce cas, seule cette dernière intervention entraîne la cotation		
H339	Traitement par thoracotomie des lésions pariétales et pulmonaire dans les traumatismes graves du thorax	150	70
H340	Décortication pleurale	150	70
H341	Ablation d'un segment ou d'un poumon	150	70
H342	Ablation d'un ou plusieurs lobes ou de plusieurs segments dans des lobes différents	180	70
H343	Traitement en un temps par une seule voie d'abord de lésions dans les deux poumons	200	70
H344	Traitement par exérèse simultanée de lésions septiques pulmonaires et pleurales avec décortication	250	90
H345	Pneumonectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal	250	90
H346	Lobectomie élargie pour cancer avec curage ganglionnaire médiastinal	250	90

Chapitre IV : Médiastin

H400	Pneumomédiastin (clichés radiographiques non compris)	30	
H401	Médiastinoscopie, oesophagoscopie, oesofibroscopie, bronchoscopie, gastroscopie	30	
H402	* avec biopsie	40	20
H403	Bronchoscopies itératives, bronchoaspiration dans un but thérapeutique	20	
H404	Injection intrabronchique dans un but diagnostique ou thérapeutique, anesthésie comprise	15	
H405	Fibroscopie bronchique avec ou sans biopsie	50	
H406	Extraction d'un corps étranger oesophagien, trachéal ou bronchique	80	30
H407	Extraction d'un corps étranger oesophagien ou bronchique chez l'enfant de moins de trois ans	100	30

H408	Traitement chirurgical des lésions médiastinales	150	90
H409	Résection de l'innervation pulmonaire, cardiaque ou périvasculaire	120	50
H410	Réparation par suture, anastomose, plastie ou greffe d'une bronche ou de la trachée	200	110
H411	Résection anastomose de la trachée avec mobilisation de la masse viscérale endothoracique	250	130
H412	Dilatation oesophagienne, par séance	5	
H413	Mise en place d'une prothèse endo-oesophagienne pour tumeur de l'oesophage, oesophagoscopie comprise	80	30
H414	Chirurgie des lésions de l'oesophage thoracique sans suppression de la continuité	150	-70
H415	Résection segmentaire ou totale de l'oesophage avec rétablissement immédiat de la continuité, oesophagosplastie intra ou extra thoracique en un ou plusieurs temps	250	130
H416	Traitement de l'atrésie oesophagienne chez le nouveau-né	250	130
	Toutes sections, sutures, anastomoses portant sur les gros vaisseaux intrathoraciques pour lésions acquises ou congénitales :		
H417	* sans greffe	250	110
H418	* avec greffe	300	130
H419	Traitement de hernie ou éventration diaphragmatique par voie thoracique ou thoracoabdominale	150	70

Chapitre V : Coeur - péricarde
Article premier : Electrocardiographie

H500	Electrocardiogramme d'au moins douze dérivations	6,5
H501	Suppléments pour étude électrocardiographique détaillée comportant le calcul de divers indices et paramètres ainsi que l'enregistrement de dérivations supplémentaires ou une épreuve d'efforts	4
	Pour un patient non hospitalisé cet acte est cumulable avec la consultation (C ou Cs) ou la visite (V ou Vs), à l'exclusion de toute cotation d'acte supplémentaire, sauf celle prévue à l'article 11, des Dispositions générales.	
	Pour un patient hospitalisé cet acte est cumulable, dans les mêmes conditions que ci-dessus, avec un C X 0,80 ou un Cs X 0,80.	
H502	Supplément pour examen pratiqué au domicile du malade (en dehors de tout établissement de soins)	5
	Lorsque l'électrocardiogramme est fait en dehors du cabinet du praticien et nécessite le transport de l'appareil, cet acte est majoré de 50% ; s'y ajoute éventuellement l'indemnité horo-kilométrique.	
H503	Electrocardiogramme et mesure des pressions intracardiaques ou intravasculaires pratiqués au cours d'une intervention	50
H504	Supplément pour dérivations oesophagiennes	6
H505	Electrocardiogramme et mesure des pressions intracardiaques ou	70

	intravasculaires pratiqués au cours d'une intervention nécessitant une circulation extracorporelle	
H506	Electrocardiogramme per-opératoire en dehors de la chirurgie cardiaque	30
	Ces deux derniers actes ne sont cotables que s'ils sont pratiqués par un praticien autre que le chirurgien ou l'anesthésiste.	
H507	Electrocardiogramme continu de longue durée (HOLTER) d'une durée minimum de 24 heures avec établissement d'un compte rendu détaillé	40
H508	Electrocardiogramme avec épreuve d'effort dans une salle disposant des moyens nécessaires à la réanimation (1)	40
H509	Réadaptation à l'effort des patients atteints de pathologies cardiaques dans une salle disposant des moyens nécessaires à la réanimation avec un maximum de 20 séances, sur accord préalable, la séance	15
	1) L'électrocardiogramme avec épreuve d'effort, la réadaptation à l'effort des patients cardiaques ne peuvent être pratiqués que dans un établissement de soins comportant une unité de soins intensifs cardiologiques, ou une unité de réanimation ou une salle de surveillance post-interventionnelle, ou dans un établissement de réadaptation des cardiaques disposant une salle de réanimation.	

Article 2 :Autres enregistrements cardiaques

H510	Enregistrement d'un phonomécanogramme sur enregistreur d'au moins quatre pistes comportant une dérivation électrocardiographique de référence, l'enregistrement du son d'au moins cinq foyers en basse, moyenne et haute fréquence, l'enregistrement d'au moins trois courbes mécanographiques, l'établissement d'un compte rendu détaillé	20
H511	Supplément pour épreuves pharmacodynamiques faites en milieu disposant de moyens nécessaires à la réanimation	20
H512	Acte de surveillance d'un malade porteur d'un stimulateur cardiaque interne	25
	comprenant (a prise des divers enregistrements, dont les électrocardiogrammes, avec épreuves physiologiques d'accélération et de ralentissement de la fréquence cardiaque, manoeuvres magnétiques et électromagnétiques modifiant le fonctionnement du stimulateur, étude oscilloscopique et électronique des impulsions délivrées par le stimulateur à l' aide d'un période-mètre d'une précision d'au moins un dixième de milliseconde et d'un oscilloscope pour photo-analyse de l'impulsion avec enregistrement photographique	

Article 3 : Surveillance monitorée

Surveillance monitorée continue, et traitement d'un ou deux malade au maximum, hospitalisés, sous la responsabilité d'un médecin, avec surveillance du tracé électrocardioscopique sur oscilloscope et du cardio-fréquence-mètre, y compris

éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrements, quelle que soit la technique :

H513	* pour une durée maximum de sept jours, par malade et par 24 heures	14
	Surveillance monitorée continue et traitement des malades hospitalisés au sein d'un centre de réanimation cardiaque, par plusieurs médecins spécialistes dont l'un au moins présent de façon constante, pour un maximum de 10 malades, par équipe avec surveillance du tracé électrocardioscopique sur oscilloscope et du cardio-fréquence-mètre, y compris éventuellement les actes habituels d'électrocardiographie et de réanimation et les prises continues ou intermittentes de pression avec ou sans enregistrements, quelle que soit la technique	
H514	* par équipe, par malade et par 24 heures	30
	Seuls peuvent être cotés en supplément pour chaque malade :	
H515	* Choc électrique par défibrillateur (quel qu'en soit le nombreau cours de 24 heures)	30
H516	* Pose ou changement d'un cathéter endocavitaire pour entraînement électrosystolique	50
H517	Pose d'un micro-cathéter endocavitaire pour prise de pression dans les cavités droites	20

Cathétérismes

H518	Cathétérisme du coeur droit avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques avec ou sans injection de produit opaque ou colorant, avec ou sans prélèvement de sang pour dosages	100	30
H519	Avec enregistrement du son, en supplément	20	
H520	Cathétérisme du coeur gauche par voie artérielle périphérique avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques, avec ou sans injection de produit opaque ou colorant, avec ou sans prélèvement de sang pour dosages	100	30
H521	Par autres voies (transeptale, transpariétale etc.) en supplément	20	
H522	Avec enregistrement du son, en supplément	20	
H523	Manoeuvre thérapeutique intra-cardiaque par cathétérisme (ex-opération de Rashkin)	150	30
H524	Mise en place ou changement d'un stimulateur électrosystolique (avec électrode endocavitaire, etc) y compris l'implantation du boîtier	120	30
	Microcathétérisme des cavités droites :		
H525	* avec prise et enregistrement de pression	30	
H526	* avec prise et enregistrement de pression et prélèvement d'échantillons sanguins pour dosage	40	

Article 4 : Interventions sur le coeur et le péricarde

H527	Ponction du péricarde	15	
H528	Suture d'une ou plusieurs plaies du coeur ou du péricarde	200	100
H529	Péricardectomie	250	110
H530	Mise en place d'un stimulateur électrosystolique avec électrode épicardique	150	60
H531	* changement de boîtier	50	20
H532	Toute intervention portant sur un appareil valvulaire	200	110
H533	Toute intervention portant sur le myocarde, ouvrant ou non une ou plusieurs cavités du coeur	250	130
	Opération de revascularisation du myocarde par tunellisation (type Vineberg) ;		
H534	* avec une artère	250	110
H535	avec deux artères	300	130

Article 5 : Interventions nécessitant une circulation extracorporelle

H536	Mise en place de la circulation extracorporelle avec canulations, en supplément de l'acte thérapeutique	150
H537	Intervention portant sur un seul orifice, une seule cavité ou une seule artère coronaire	200
H538	* pour une deuxième lésion, en supplément	100
H539	* pour une troisième lésion, en supplément	100
H540	supplément pour renforcement de l'équipe chirurgicale par un second chirurgien	150
H541	Pour l'équipe d'anesthésie-réanimation globalement	300
H542	Anesthésie-réanimation comprenant la visite pré-opératoire, l'ensemble des soins et des actes pré-opératoires et per-opératoires, la surveillance électrocardioscopique, l'électroencéphalogramme, la mise en place éventuelle d'une sonde de SWAN-GANZ, la mesure des pressions intracardiaques et/ou intra vasculaires per-opératoire et la surveillance de la post-réanimation à partir de J 4, pour l'équipe	250

Cet acte n'est pas cumulable avec l'électroencéphalogramme prévu pendant la durée d'une intervention de chirurgie endothoracique, au titre III, chapitre, Ier,Article1erde la présente nomenclature.

Réanimation, comprenant tous les actes de surveillance et de réanimation, notamment la surveillance continue des fonctions vitales, la mesure des gaz du sang et les tracés d'électrocardiogramme nécessités par l'état du malade :

H543	* du jour de l'intervention J 0 à J 3 inclus, pour l'équipe	250
H544	* à compter de J 4, pour un patient présentant une ou plusieurs défaillances vitales prolongées, pour l'équipe, avec un maximum de dix jours, par jour	50

Les actes non couverts par les forfaits ci-dessus, nécessités par l'état de santé du patient et effectués par des médecins n'appartenant pas à l'équipe d'anesthésie-réanimation, peuvent donner lieu à cotation dans les conditions prévues par l'article 11 B des dispositions générales.

Honoraires des médecins chargés de la surveillance de l'appareil de circulation extracorporelle (non compris dans le forfait d'anesthésie réanimation)

H545	* Par médecin, avec un maximum de deux médecins	70
H546	Surveillance de la circulation extracorporelle, sans hémofiltration	150
H547	Surveillance de la circulation extracorporelle, avec hémofiltration	180

La cotation de la surveillance de la circulation extracorporelle est forfaitaire quel que soit le nombre de médecins intervenants ; elle comprend l'examen préalable à la circulation extracorporelle la surveillance et la conduite de celle-ci, la protection myocardique, l'hémodilution et la récupération per-circulation extracorporelle, à l'exclusion de la récupération per-opératoire, filtration et réinjection avec lavage du sang épanché, qui est cotée dans les conditions prévues par la nomenclature.

Chapitre VI : Assimilation
VII/I.- Ponction biopsie d'un sein

Cotation K 10 par assimilation à : prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate (Titre VIII - Chapitre IV de la présente nomenclature)

VII/I.- Chirurgie plastique réparatrice du sein

Mastectomie sous-cutanée : KC 100 par assimilation à : mastectomie avec curage ganglionnaire axillaire : KC 100 (Chapitre I - Titre VII de la présente nomenclature)

VII/III.- Cotation d'actes d'imagerie interventionnelle

Il s'agit de techniques diagnostiques ou thérapeutiques utilisant la voie percutanée et dont l'approche lésionnelle est guidée avec précision par un procédé d'imagerie ; échographie, scanographie, ou amplificateur de brillance.

Elles peuvent être cotées de la façon suivante :

Les ponctions biopsies par voie transcutanée

Ces actes peuvent être cotés K 40 par assimilation à : Laparoscopie : - avec biopsie : 40 (Chapitre I - Titre VIII de la présente nomenclature)

Les jonctions drainage d'abcès, elles peuvent être cotées K 20 par assimilation à : Discographie d'un disque : 20 (Titre V, article 2, de la présente nomenclature)

A ces cotations correspondant aux actes intellectuels et opératoires s'ajoute la cotation de l'imagerie de guidance : acte en KE pour l'échographie, acte en Z pour la scanographie ou la radiologie interventionnelle.

VII/V. - Hémofiltration mise en oeuvre dans des circonstances particulières

- Hémofiltration déplétive sans générateur, comparable à une plasmaphérèse : K 80 par assimilation à : exanguino-transfusion. (Titre II - Chapitre V - Section II - Article 1 de la présente nomenclature)

- Hémofiltration chez les intoxiqués ou les grands insuffisants hépatiques, avec passage sur charbon activé. Elle peut être assimilée à : séance d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë,

* pendant les 15 premiers jours : 100
* au delà du 15ème jour : 20

(Titre IX - Chapitre II de la présente nomenclature)

Titre VIII : Actes portant sur l'abdomen

J - Chapitre I : Actes de diagnostic

J100	Réalisation d'un pneumopéritoine non suivi de laparoscopie	10
J101	Réalisation d'un rétropneumopéritoine	15
	Laparoscopie :	
J102	* simple	30
J103	* avec biopsie	40
J104	Injection isolée pour spléno-portographie, portographie directe ou phlébographie sushépatique, avec ou sans manométrie	30
J105	Injection isolée d'un produit de contraste dans un viscère ou dans un vaisseau du système porte, ou dans un vaisseau sus-hépatique, avec ou sans manométrie	30
J106	* par cathétérisme de la veine ombilicale	50

Chapitre II : Paroi abdominale, grande cavité péritonéale

J200	Ponction de l'abdomen	10	
J201	Traitement chirurgical simple des hernies et des éventrations	50	
J202	Traitement chirurgical simple des hernies, éventrations de plus de 10 cm de diamètre, avec perte de substance de la paroi abdominale, avec ou sans plastie	80	35
J203	Traitement chirurgical d'une hernie de l'aine (inguinale, crurale ou inguino-crurale),	82	35
J204	Traitement chirurgical d'une hernie de l'aine (inguinale, crurale ou inguino- crurale), étranglée ou non, par voie coelioscopique	82	45
J205	Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aine, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord	50	
J206	Traitement chirurgical d'une hernie de la paroi antérieure de l'abdomen, autre qu'une hernie de l'aine, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord	82	35
J207	Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de moins de cinq centimètres de diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie	50	
J208	Traitement chirurgical d'une éventration de la paroi antérieure de l'abdomen, étranglée ou non, de plus de cinq centimètres de	82	35

	diamètre, quelle que soit la voie d'abord, avec ou sans plastie		
J209	Traitement chirurgical d'une hernie étranglée ou d'une éventration étranglée sans résection intestinale	60	30
J210	Traitement chirurgical d'une hernie étranglée ou d'une éventration étranglée avec résection de l'intestin ou de tout autre viscère	120	60
J211	Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales, à ciel ouvert	75	40
J212	Traitement chirurgical d'une ou plusieurs collections intra ou rétropéritonéales, par voie coelloscopique	75	50
J213	Lipectomie antérieure	80	30
J214	Lipectomie totale circulaire	100	40

J215	Lipectomie étendue de la paroi abdominale pour abdomen en besace, incluant le temps musculaire éventuel	110	60
	Cette cotation n'est pas cumulable avec les cotations ci-dessus relatives au traitement chirurgical des hernies et des éventrations.		
	Laparotomie (1)		
J216	* exploratrice, évacuatrice	50	
J217	* d'urgence pour hémorragie, occlusion, torsion, plaie ou contusion, perforation autre que celle de l'appendice, etc	80	60
J218	Ouverture d'une collection cloisonnée ou non, intra ou rétropéritonéale (2)	60	40

(1) La laparotomie ne peut être cotée que si elle n'entraîne pas un geste sur des lésions viscérales justifiant une intervention plus importante. Dans ce cas, seule cette dernière intervention entraîne la cotation.

(2) Si cet acte est effectué au cours d'une intervention, il est couvert par le coefficient global

Dialyse péritonéale :

J219	* pose d'un cathéter permanent	30	
J220	* surveillance d'une séance de dialyse péritonéale périodique par un médecin présent en permanence, y compris les interventions pour incidents ou accidents éventuels	20	
J221	* séance de dialyse péritonéale pour insuffisance rénale aiguë (y compris la pose et le changement de cathéter). Cette cotation s'ajoute à celles prévues au titre XV (actes divers), chapitre II (Réanimation continue)	50	
J222	Dérivation péritonéo-veineuse (Méthode de Le Veen) dans le traitement d'une ascite	150	50

Chapitre III : Estomac et intestin

Les actes de fibroscopie digestive doivent donner lieu à l'établissement d'un compte

rendu détaillé.

J300	Tubage pour études biologiques des liquides gastriques et duodénaux	10
J301	Gastroscopie	30
J302	* avec biopsie	40
J303	Gastrobiopsie par sonde à aspiro-section	10
J304	Endofibroscopie oesogastro-duodénale, avec ou sans biopsie(s), avec ou sans ablation d'une tumeur bénigne	50
J305	Endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique	100
J306	Biopsie du grêle par sonde à aspiro-section, y compris le contrôle radioscopique	30
J307	Transit du grêle par intubation	30
J308	Rectosigmoïdocolofibroscopie jusqu'à l'angle gauche ou jusqu'à l'angle droit, avec ou sans biopsie(s)	30
J309	Rectosigmoïdocolofibroscopie jusqu'à l'angle gauche ou jusqu'à l'angle droit, avec ou sans biopsie(s), avec ablation d'un ou plusieurs polypes	50
J310	Rectosigmoïdocolofibroscopie totale, au-delà de l'angle droit, avec ou sans biopsie(s)	80
J311	Rectosigmoïdocolofibroscopie totale, au-delà de l'angle droit, avec ou sans biopsie(s), avec ablation d'un ou plusieurs polype(s)	100
J312	Lavage d'estomac	10
J313	Changement de sonde à demeure (type gastrostomie)	5
J314	Traitement d'une perforation d'ulcère gastro-duodénal par aspiration continue, suivie ou non d'intervention, par jour (maximum trois jours)	15
J315	Aspiration continue et rééquilibration hydro-électrolytique concomitante pour occlusion intestinale suivie ou non d'intervention, par jour	10
	Cet acte effectué au cours ou à la suite d'une intervention est couvert par le coefficient global de cette intervention.	

J316	Ouverture ou abouchement à la peau d'un viscère digestif	60	30
J317	Traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux ou d'autres lésions de l'estomac par gastrectomie des 2/3 ; vagotomie accompagnée de pyloroplastie, de gastroentérostomie ou d'antrectomie	150	80
J318	Gastrectomie totale	200	110
J319	Gastrectomie élargie avec splénectomie ou pancréatectomie partielle	250	110
J320	Intervention itérative sur l'estomac comportant dégastroentérostomie plus gastrectomie	200	110
J321	Traitement chirurgical des fistules cutanées des viscères creux	100	35

J322	Toute anastomose entre deux viscères ou deux segments de viscères digestifs	100	75
J323	Traitement chirurgical des anomalies anatomiques ou fonctionnelles de la jonction gastro-oesophagienne et du diaphragme	150	75
J324	Traitement chirurgical de la sténose hypertrophique du pylore	80	35
J325	Résection segmentaire du grêle	100	60
J326	Laparotomie pour syndrome occlusif ou péritonéal du nouveau-né (y compris le traitement des lésions viscérales éventuelles)	150	90
J327	Plasties intestinales ou mésentériques pour prévention ou traitement des occlusions du grêle, quelle que soit la technique	150	90
J328	Traitement de l'invagination intestinale par lavement baryté (sous contrôle radiographique, toute surveillance comprise, avec clichés)	30	
J329	Appendicectomie à ciel ouvert	70	
J330	Appendicectomie par voie coelioscopique ou coelioassistée	70	35
	L'ablation de l'appendice effectuée au cours d'une intervention et à la faveur d'une incision pratiquée pour une affection autre que l'appendicite ne peut donner lieu à honoraires. Elle n'est cotée que si elle nécessite une laparotomie particulière		
J331	Ablation du diverticule de Meckel	60	30
J332	Hémicolectomie droite, colectomie segmentaire transverse, hémicolectomie gauche, colectomie sigmoïdienne, avec rétablissement immédiat de la continuité, colostomie de décharge éventuelle incluse	200	120
J333	Hémicolectomie droite, colectomie segmentaire transverse, hémicolectomie gauche, colectomie sigmoïdienne, sans rétablissement immédiat de la continuité, colostomie incluse.	120	75
	Les deux cotations ci-dessus comprennent, le cas échéant, la résection de la charnière rectosigmoïdienne, l'ablation des mésos et l'ablation des relais ganglionnaires.		
J334	Colectomie totale avec rétablissement de la continuité	300	150
J335	Colectomie totale sans rétablissement de la continuité, iléostomie incluse	250	130

Chapitre IV : Foie, voies biliaires, pancréas

J400	Cholécystotomie ou cholécystostomie	60	30
J401	Cholécystectomie	80	40
J402	Cholécystectomie par laparotomie, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés pratiqués par le chirurgien	120	55
J403	Cholécystectomie, par voie coelioscopique, y compris l'ensemble des gestes exploratoires associés pratiqués par le chirurgien	120	65
J404	Cholédocotomie ou hépaticotomie avec ou sans cholécystectomie	150	90
J405	Majoration pour intervention itérative sur les voies biliaires	30	20
J406	Reconstitution de la voie biliaire principale après interruption de	200	110

	sa continuité		
J407	Anastomose bilio-digestive directe sur la voie biliaire principale	150	60
J408	Anastomose bilio-digestive sur la voie biliaire principale par l'intermédiaire d'une anse grêle	200	90
J409	Anastomose bilio-digestive sur un canal biliaire hilaire ou intra-hépatique y compris les anastomoses viscérales complémentaires	250	130
J410	Chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de Vater	100	60
J411	Drainage d'un abcès du foie	60	30
J412	Traitement par laparotomie des kystes hydatiques du foie	100	30
J413	Traitement des lésions étendues, complexes ou multiples du foie nécessitant une thoracophrénolaparotomie	200	110
J414	Résection segmentaire du foie	120	40
J415	Hépatectomie réglée	250	130
J416	Traitement des lésions localisées, enkystées ou fistulisées du pancréas	150	90
J417	Majoration pour injection per-opératoire dans les canaux excréteurs d'un produit de contraste pour prise de clichés avec ou sans manométrie	20	10
J418	Injection post-opératoire dans les canaux excréteurs d'un produit, de contraste pour prise de clichés avec manométrie	10	
J419	Duodéno-pancréatectomie (y compris les anastomoses viscérales nécessaires)	300	150
J420	Toute anastomose chirurgicale entre le système porte et le système cave (y compris l'injection pour la splénoportographie et la prise de pressions pendant l'intervention)	250	130
J421	Prélèvement par ponction biopsique du foie ou de la rate pour examen	10	

Chapitre V : Rate, surrénales

J500	Traitement chirurgical des lésions de la rate	100	60
J501	Surrénalectomie avec ou sans résection nerveuse, avec ou sans décapsulation rénale, en dehors de la néphrectomie	150	60

Chapitre VI : Rectum et anus
Rectoscopie ou rectosigmoïdoscopie :

J600	* simple	10	
J601	* avec biopsie	15	
J602	Biopsie musculaire du rectum, rectotomie	20	

Traitement des anomalies congénitales de l'abouchement rectal :

J603	* par voie basse	80	35
J604	* par voie haute ou combinée	200	110
J605	Résection d'un prolapsus rectal	50	
J606	Traitement des prolapsus rectaux par voie haute et basse	100	60
J607	Traitement chirurgical du mégacolon par résection colique avec abaissement du bout proximal par voie périnéale ou transanale	200	110
J608	Amputation ou résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, colostomie incluse	200	110
J609	Résection du rectum par voie abdominale ou abdomino-périnéale, avec rétablissement de la continuité, colostomie de décharge éventuelle incluse	300	150
	Les deux cotations ci-dessus comprennent, le cas échéant, l'ablation des mésos et des relais ganglionnaires		
J610	Résection du rectum par voie périnéale ou sacrée	150	75
J611	Rétablissement de la continuité après une intervention antérieure ayant comporté une résection recto-colique ou colique large	200	110
J612	Traitement par voie basse des lésions traumatiques de l'anus ou du rectum, extraction de corps étranger nécessitant une anesthésie	20	
J613	Traitement des lésions traumatiques complexes du périnée	60	30
J614	Reconstitution du sphincter anal par plastie musculaire, en cas d'incontinence ou d'insuffisance	100	30
J615	Sphinctéroplastie avec anoplastie muqueuse	50	30
J616	Traitement par laparotomie des tumeurs bénignes du rectum ou du sigmoïde	60	

Interventions sous endoscopie :

Ces interventions endoscopiques d'exérèse sont pratiquées sous atmosphère d'azote ; le coefficient de l'acte comporte l'endoscopie.

J617	Ablation des tumeurs bénignes du canal anal	10	
J618	Ablation d'une tumeur bénigne du rectum proprement dit	20	
J619	Ablation par électrocoagulation de la papillomatose du canal anal et de la marge de l'anus	20	
J620	Ablation d'une tumeur bénigne du rectum par électrocoagulation	30	
J621	Ablation d'une tumeur bénigne du sigmoïde	40	

Abcès et fistules :

J622	Mise à plat des abcès et fistules intrasphinctériens	25	
J623	Traitement des abcès et fistules à trajet simple (opératoire ou par traction continue sur fil)	50	

J624	Traitement des abcès et fistules extra-sphinctériens à trajet multiramifié (opératoire ou par traction continue sur fil)	80	

Hémorroïdes :

J625	Traitement des hémorroïdes par excision	30	
J626	Traitement des hémorroïdes par ligature élastique (maximum 5 séances), par séance	10	
J627	Traitement des hémorroïdes circulaires par résection sous-muqueuse (type Milligan-Morgan)	50	30
J628	Injections sclérosantes pour hémorroïdes internes (avec un maximum de 10 séances), par séance	5	

Fissures anales :

J629	Anesthésie sphinctérienne	5	
J630	Traitement de la fissure anale par injections sclérosantes (maximum 3 séances) par séance, non compris l'anesthésie	5	
J631	Traitement de la fissure anale : excision par électrocoagulation	30	
J632	Traitement de la fissure anale par dilatation anale	20	

Chapitre VII : Assimilation
VIII/IV : Lithotritie extra-corporelle de la lithiase biliaire

Assimilation de la LEC des calculs urinaires, soit K 120 (assimilation à l'acte "néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie" (Titre IX, Chapitre III de la présente nomenclature).

VIII/IV : Mise en place et changement par voie endoscopique d'une endoprothèse biliaire

Geste destiné à pallier des obstructions cancéreuses de la voie biliaire.

1° Mise en place d'endoprothèse biliaire

La mise en place de la prothèse biliaire se fait au décours d'une sphinctérotomie endoscopique dont la cotation est KC 150 :

K 100 par application de l'endofibroscopie sélective :

endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique : K 100 (Titre VIII - Chapitre III de la présente nomenclature)

KC 100/2 par assimilation à : chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de VATER : KC 100 (Titre VIII - Chapitre IV de la présente nomenclature)

plus, un supplément pour implantation de la prothèse K 40 par assimilation à : laparoscopie avec biopsie : K 40 (Titre VIII - Chapitre I de la présente nomenclature)

Soit, une cotation pour l'ensemble des actes de la procédure d'implantation de la prothèse

biliaire : KC 190.

2° Changement d'endoprothèse biliaire :

En cas de migration ou désobstruction de la prothèse, la procédure de remplacement sera cotée : K 100 par application de : endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique : K 100 (Titre VIII - Chapitre III de la présente nomenclature)

plus supplément de K 40 par assimilation : laparoscopie avec biopsie : K 40 (Titre VIII - Chapitre I de la présente nomenclature)

L'anesthésie générale, si elle est nécessaire, est cotée sur le modèle de la cotation correspondant aux actes ayant servi de base à l'assimilation (soit K 25 + supplément K 25 = KC 50).

VIII/IV : Sphinctérotomie, endoscopique ou papillosphinctérotomie endoscopique

Cotation KC 150 par application de : endofibroscopie sélective avec cathétérisme des voies biliaires, pancréatiques ou les deux, avec ou sans biopsie, avec un cliché radiographique : K 100, (Titre VIII - Chapitre III de la présente nomenclature)

plus KC 100/2 par assimilation à : chirurgie transduodénale de la papille et de l'ampoule de VATER : KC 100 (Titre VIII - Chapitre IV de la présente nomenclature)

VIII/VI : Traitement des hémorroïdes par cryothérapie

Que ! que soit le nombre de séances, le traitement des hémorroïdes par cryothérapie peut être coté par assimilation à traitement des hémorroïdes par excision : 30 KC.

Titre IX : Actes sur l'appareil urinaire et génital

K - Chapitre premier : Endoscopie
Les actes d'exploration ne donnent pas lieu à honoraires lorsqu'ils entraînent dans la même séance un acte thérapeutique endoscopique qui est seul coté.

Cystoscopie ou urétrocystoscopie d'exploration ou de contrôle :

K100	* Chez la femme	10
K101	* Chez l'homme et l'enfant	20

Mise en place d'une sonde urétérale pour investigation ou drainage :

Cathétérisme unilatéral :

K102	* Chez la femme	20
K103	* Chez l'homme et l'enfant	30

Cathétérisme bilatéral :

K104	* Chez la femme	30
K105	* Chez l'homme et l'enfant	40

Intervention endoscopique (sauf exceptions ci-après) :

K106	* Chez la femme	40
K107	* Chez l'homme et l'enfant	50

Ablation d'une tumeur endo-urétèrale double crosse :

K108	* Chez la femme	10
K109	* Chez l'homme et l'enfant	20

Eléctrocoagulation endoscopique pour tumeurs vesicales :

La première séance :

K110	* Chez la femme	50	30
K111	* Chez l'homme et l'enfant	60	30

Les séances suivantes : (maximum 3 dans les 12 mois)

K112	* Chez la femme	20	
K113	* Chez l'homme et l'enfant	30	
K114	Résection endoscopique de tumeurs vésicales avec examen anatomopatologique (en cas de nouvelle intervention dans les douze mois, voir : électrocoagulation endoscopique	80	30
K115	Résection endoscopique du col vésical, d'un adénome périurétral ou d'un néoplasme prostatique (ligature éventuelle des canaux déférents comprise) Extraction des calculs par la voie naturelle à l'aide d'un urétéro-néphroscope :	120	60
K116	* Intervention intéressant les uretères	80	40
K117	* Intervention au niveau du bassinet et des calices	120	60
K118	Cystométrie sous perfusion avec enregistrement graphique, enregistrement des courbes de pression dans le haut appareil avec protocole et tracés	20	

Ce coefficient s'ajoute à celui de l'endoscopie proprement dite, sans application des dispositions de l'article 10 des dispositions générales de la présente nomenclature.

Chapitre II : Actes liés à la technique de l'hémodialyse

K200	Surveillance d'une séance d'hémodialyse, par un médecin présent en permanence, y compris les interventions pour incidents ou accidents éventuels Séances d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë :	20

K201	* pendant les 15 premiers jours	100
K202	* au-delà du 15° jour	20

Cet honoraire peut s'ajouter aux honoraires prévus au titre XV (Actes divers), chapitre II (Réanimation continue) de la présente nomenclature.

K203	Création d'une fistule artérioveineuse par anastomose directe	100	30
K204	Création d'une fistule artérioveineuse avec interposition d'un greffon (prélèvement du greffon compris) ou d'une prothèse	150	50
K205	Mise en place de deux canules pour fistule artérioveineuse, repose d'une ou deux canules	80	35

Désobstruction en dehors de la séance de dialyse :

K206	* simple	10	
K207	* avec utilisation de la sonde de Fogarty	30	

Chapitre III : Reins

K300	Ponction exploratrice de kystes du rein, de bassinet, biopsie rénale, par voie transcutanée	30	
K301	Lombotomie exploratrice	50	
K302	Incision et drainage d'un phlegmon péri-néphrétique	60	30
K303	Néphropexie, ou biopsie rénale par lombotomie, ou décapsulation	60	30
K304	Traitement opératoire de l'éventration lombaire	80	30
K305	Néphrectomie	100	40
K306	Néphrectomie partielle, néphrectomie secondaire ou élargie	120	60
K307	Néphrectomie par voie thoraco-phréno-abdominale ou néphro-urétéctomie totale	150	90
K308	Néphrostomie, pyélotomie, avec ou sans néphrostomie traitement conservateur des kystes du rein	80	30
K309	Pyélotomie itérative, ou opération plastique sur le bassinet et la jonction pyélo-urétérale, avec ou sans néphrostomie	100	50
K310	Néphro-lithotomie avec ou sans néphrostomie	120	60
K311	Intervention itérative, en supplément	20	10
K312	Section de l'isthme d'un rein en fer à cheval, avec ou sans néphrectomie	120	60
K313	Injection per-opératoire dans les voies excrétrices d'un produit de contraste pour prise de clichés, en supplément.	20	10

Chapitre IV : Uretère

K400	Urétérotomie lombaire, urétérolyse	80	40
K401	Urétérostomie cutanée	80	30
K402	Urétérotomie pelvienne, urétérectomie secondaire totale	100	50
K403	Urétéro-lithotomie itérative, en supplément	20	10

K404	Abouchement d'un uretère dans l'intestin en place	100	50
K405	Urétérorraphie termino-terminale, cure d'une fistule cutanée de l'uretère	100	40
K406	Urétérocystonéostomie avec ou sans plastie anti-reflux, implantation urétérale par lambeau vésical pédiculé et tubulé	150	90
K407	Urétérostomie cutanée transintestinale	200	90
K408	Réalisation d'un dispositif anti-reflux vésico-urétéral	100	40

Chapitre V :Vessie

K500	Cathétérime pour rétention d'urine	5	
K501	Pose de sonde vésicale à demeure	5	
K502	Changement de sonde à demeure (type cystostomie)	5	
K503	Ponction sus-pubienne pour cystographie	15	
K504	Cystotomie, cystostomie sus-pubienne, lithotritie	60	
K505	Taille avec exérèse ou électrocoagulation d'une tumeur vésicale pédiculée	80	20
K506	Exérèse par cystectomie partielle d'une tumeur vésicale, avec examen anatomo-pathologique	120	60

Cystéctomie totale :

K507	* avec abouchement des uretères à la peau	200	90
K508	* avec réimplantation des uretères dans l'intestin	250	110
K509	Cystectomie totale avec remplacement par greffon intestinal	300	150
K510	Exérèse des diverticules vésicaux avec ou sans résection du col	150	60
K511	Cure opératoire des fistules vésico-vaginales ou vésico-utérines ou vésico-rectales, quelle que soient leur taille et la technique	120	60
K512	Intervention pour récidive, en supplément	20	10
K513	Fermeture de fistules vésico-cutanées	40	
K514	Résection isolée du col à vessie ouverte avec ou sans ligature des canaux déférents	120	50

Chirurgie de l'exstrophie vésicale :

K515	* ablation simple de la plaque vésicale	100	35

K516	* reconstitution simple de la vessie	100	35
K517	* reconstitution en un temps de la vessie et de l'uretère avec dispositif anti-reflux et ostéotomie iliaque	300	130
K518	* retouche ultérieure	50	
K519	Traitement chirurgical de l'incontinence chez la femme ou chez l'homme quelle que soit la technique	80	35
K520	Entéro-cystoplastie ou urétéro-entéro-cystoplastie	250	130
K521	Taille vésicale pour curiethérapie (curiethérapie non comprise)	60	20
K522	Etude urodynamique du bas appareil urinaire : enregistrement des pressions vésicales de remplissage et de miction, enregistrement de la poussée abdominale, débitmétrie	40	
K523	* même étude avec électromyographie	50	

La débitmétrie mictionnelle effectuée isolément ne peut donner lieu à cotation

Chapitre VI : Urètre

K600	Injection de produit de contraste pour utéro-cystographie rétrograde	10	
J601	Dilatation de l'urètre pour rétrécissement de toute origine, chaque séance	10	
K602	Méatostomie	20	
K603	Urétrotomie interne	20	
K604	Urétrotomie externe ou urétrostomie	60	
K605	Section à ciel ouvert de valvules congénitales de l'urètre postérieur, urétrotomie externe avec mise à plat d'un rétrécissement	80	30
K606	Traitement opératoire du phlegmon péri-urétral diffus gangreneux (infiltration d'urine)	60	30
K607	Cure de fistule périnéale avec ou sans urétectomie (dérivation comprise)	120	50
K608	Temps périnéal du traitement chirurgical des fistules urétrorectales acquises	120	50
K609	Reconstitution de l'urètre (ensemble du traitement)	120	
K610	* 1er temps		40
K611	* Les autres		15
K612	Cure chirurgicale du diverticule sous-urétral	30	

Chapitre VII : Assimilation
IX : Techniques d'extraction de calculs du haut appareil urinaire

L'extraction percutanée de calculs à l'aide d'un néphroscope : KC 120 par assimilation à néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie

Quels que soient les procédés de fragmentation des calculs utilisés.

Lorsque cette procédure nécessite, en raison de l'état des voies urinaires, une urétéro-

pyélographie rétrograde per-opératoire, un supplément de KC 30 pour la montée de la sonde peut être noté, par assimilation à : mise en place d'une sonde urétérale pour investigation ou drainage : 30. (KC 120 + KC30)

L'extraction des calculs par lithotritie extra-corporelle par ondes de choc peut être cotée KC 120, par assimilation à : Néphrolithotomie avec ou sans néphrostomie :

Les cotations précédentes sont globales quels que soient les gestes associés sauf le supplément indiqué ci-dessus. Seuls peuvent faire l'objet d'une notation dans le respect des Dispositions Générales, les cotations des actes d'anesthésie et des actes d'imagerie : actes en KE d'échographie et/ou actes en Z.

Aucun supplément pour intervention itérative ne peut être coté.

Titre X : Actes portant sur l'appareil génital masculin

L - Chapitre 1 :Verge

L100	Opération d'ordre thérapeutique pour phimosis après le premier mois	30	
L101	Réduction sanglante du paraphimosis	10	
L102	Section ou plastie chirurgicale du frein	10	
L103	Traitement chirurgical du priapisme	20	

Electrocoagulation de papillomes génitaux externes, du gland et du méat :

L104	* tumeur unique	10	
L105	* tumeurs multiples	20	
L106	Traitement de l'hypospadias balanique	60	
L107	* chaque retouche ultérieure	40	
L108	Traitement de l'hypospadias périnéal ou pénien	100	30
L109	Chaque retouche ultérieure	40	
L110	Traitement de l'épispadias	100	30
L111	Chaque retouche ultérieure	40	
L112	Amputation partielle de la verge	60	
L113	Amputation totale de la verge avec évidement ganglionnaire uni ou bilatéral	120	60

Chapitre II : Prostate et vésicules séminales

L200	Ponction biopsique de la prostate	20	
L201	Incision d'un abcès de la prostate par voie périnéale	50	
L202	Prostatectomie pour adénome en un seul temps, quel que soit le mode opératoire (ligature éventuelle des déférents comprise)	120	70
L203	Prostatectomie suivant une cystostomie, ligature éventuelle des déférents comprise	80	40
L204	Prostatectomie pour cancer (ligature éventuelle des déférents	150	80

	comprise)		
L205	Prostato-vésiculectomie totale, avec suture urétro-vésicale et curage ganglionnaire iliopelvien bilatéral (ligature des déférents comprise)	210	110
L206	Ablation des vésicules séminales chez l'adulte	120	50

Chapitre III : Bourses
Chirurgie isolée du canal déférent :

L300	* ligature, section, résection, cathétérisme	20	
L301	* biopsie testiculaire	20	
L302	Castration avec ablation des relais lymphoganglionnaires abdominaux du testicule	150	60
L303	Cure opératoire du kyste du cordon ou de l'hydrocèle	40	
L304	Cure opératoire de la torsion du testicule ou de ses annexes, castration, orchidectomie ou épididymectomie unilatérale	40	
L305	Cure opératoire de l'ectopie testiculaire ou du varicocèle (cure éventuelle de la hernie comprise)	60	
L306	Intervention plastique unilatérale pour stérilité, portant sur l'épididyme, le déférent ou les deux, quelle que soit la technique	100	30

Chapitre IV : Actes liés à l'assistance médicale à la procréation (AMP)
Les conditions de prise en charge des actes liés à l'assistance médicale à la procréation sont celles fixées au **titre XI, chapitre III du de la deuxième partie de la présente nomenclature**

L400	Prélèvement de spermatozoïdes par ponction transcutanée au niveau des testicules ou des voies génitales, sur un ou plusieurs sites au cours de la même séance :	40	

Prélèvement chirurgical de spermatozoïdes, au niveau des testicules ou des voies génitales, sur un ou plusieurs sites au cours de la même séance :

L401	* par séance	60	

Chapitre V : Assimilation
X/III : Traitement chirurgical de l'impuissance masculine

Ce traitement, qui peut être réalisé selon des procédés différents : par revascularisation ou par mise en place de prothèses diverses... peut être coté, que le geste porte sur un ou deux cotés, par assimilation à : intervention plastique unilatérale pour stérilité, portant sur l'épididyme, le déférent ou les deux, quelle que soit la technique : 100 KC 30 (Titre X - Chapitre III de la présente nomenclature) globalement, quelle que soit la technique et que le geste porte sur un ou deux côtés.

Titre XI : Actes portant sur l'appareil génital féminin

Chapitre I : En dehors de la gestation
Article premier : Interventions par voie basse

1) Gynécologie médicale :

M100	Prélèvements gynécologiques à différents niveaux, quel qu'en soit le nombre	3	
M101	Ponction transvaginale du Douglas	15	
M102	Insuflation tubaire, injection intra-utérine d'un produit de contraste, ou d'une substance médicamenteuse, électrocoagulation exo et endo-cervicale, quel que soit le nombre de séances, pose d'un dispositif intra-utérin : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance	20	
M103	Culdoscopie	30	
M104	Colposcopie avec ou sans prélèvements pour examens histologiques	10	

2) Gynécologie chirurgicale :

M105	Chirurgie des lésions bénignes de l'hymen et de la vulve	15	
M106	Traitement des dysplasies du col utérin par vaporisation simple au laser	20	
M107	Traitement des affections, anomalies ou tumeurs bénignes du vagin, de l'utérus ou du cul-de-sac de Douglas, intervention intra-utérine diagnostique ou thérapeutique : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance	30	
M108	Exérèse d'une glande de Bartholin	40	
M109	Amputation du col, évidement tronconique du col en une ou plusieurs séances	40	
M110	Ablation d'un polype fibreux utérin intracavitaire avec décollement vésical et hystérotomie	50	
M111	Opération plastique pour atrésie ou aplasie vaginale (ensemble du traitement)	80	
M112	Hystérectomie vaginale	100	30

Ablation d'un cancer du clitoris, de la vulve ou du vagin :

M113	* sans curage ganglionnaire	60	20
M114	* avec curage ganglionnaire unilatéral	100	50
M115	* avec curage ganglionnaire bilatéral	120	70

3° Chirurgie des prolapsus :

M116	Colpopérinéorraphie postérieure simple ou colporraphie antérieure simple	40	
M117	Toutes opérations pour prolapsus, portant sur le vagin, le périnée antérieur et postérieur, l'urètre, les organes pelviens	80	30
M118	A l'exception de triple opération type Manchester	100	50
	4° Cure de fistule urinaire ou recto-vaginale	120	50

Article 2 : Intervention par voie haute

M119	Traitement chirurgical de la grossesse extra-utérine, quelle que soit la technique	100	50
M120	Coelioscopie	30	
M121	Coelioscopie avec biopsie ou geste thérapeutique	40	
M122	Toutes interventions portant sur l'appareil génital féminin	80	40
M123	A l'exception d'opérations plastiques pour stérilité portant soit sur un utérus mal formé, soit sur les annexes (implantations tubo-utérines, salpingoplasties, implantations ovario-tubaires, ovario-utérines), soit sur les deux dans la même intervention	100	40
M124	Hystérectomie, quelle que soit la technique	100	40
M125	Annexectomie uni ou bilatérale, quelle que soit la technique	80	40
M126	Myomectomie (un ou plusieurs myomes), quelle que soit la technique	100	40
M127	Hystérectomie élargie pour lésions malignes, y compris cellulo-adénectomie	150	90
M128	Cellulo-adénectomie abdominale isolée	100	50
M129	Colpo-hystérectomie élargie avec cystectomie	250	130
M130	Eviscération pelvienne totale élargie avec ou sans périnéectomie	300	150

Article 3 : Intervention par voie haute et basse combinées

M131	Interventions pour prolapsus	120	40
M132	Interventions pour aplasie vaginale par tansplantation intestinale	150	70

Chapitre II : Actes liés à la gestation et à l'accouchement
Remarque - Tous les actes de ce chapitre, à l'exclusion de ceux prévus au point 8e sont remboursés quand ils sont dispensés par un médecin. Lorsqu'ils sont dispensés par une sage-femme, ils ne sont remboursés que s'ils sont de la compétence de celle-ci. Au cours de la grossesse, en cas de risque maternel et/ou de risque foetal, l'appel à un médecin spécialiste, pédiatre ou autre discipline, obeit aux dispositions générales de la présente nomenclature.

1° Investigations :

M200	Amnioscopie : (une ou plusieurs par période de sept jours)	10
M201	Prélèvements pour mesure du pH foetal au cours de l'accouchement, quel qu'en soit le nombre	20

2° Interruption de la grossesse :

M203	Surveillance et contrôle de l'évacuation d'un utérus gravide par voie basse jusqu'au sixième mois (y compris éventuellement la pose de tiges de laminaires)	30

A partir de 181 jours, date de viabilité légale du foetus, il s'agit d'un accouchement prématuré qui est coté comme l'accouchement normal.

M204	Réduction embryonnaire sous échoguidage	40	22
M205	Interruption sélective de grossesse au cours du 2e trimestre sous échoguidage	43	27

3° Accouchements et actes complémentaires :

La cotation de l'accouchement comporte les visites normales consécutives à l'accouchement (surveillance de la mère et de l'enfant en dehors de problèmes pathologiques) pendant le séjour en maternité, du jour de l'accouchement J 1 à J 7 inclus.

Pour un accouchement, un et un seul forfait est dû. Il est versé au médecin qui a réalisé l'acte d'accouchement.

Lorsque l'accouchement est pratiqué par un médecin, la cotation comprend tous les actes complémentaires nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitorage comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du pH foetal quel qu'en soit le nombre, la délivrance artificielle ou la révision utérine isolée, la suture d'épisiotomie, la réparation sphinctérienne, le traitement obstétrical des hémorragies de la délivrance.

Cette cotation est la même quel que soit le mode d'accouchement, spontané, par intervention instrumentale ou par césarienne, et quel que soit le mode de présentation du nouveau-né.

Sont exclues de cette cotation toutes les interventions chirurgicales d'hémostase : ligatures de pédicules vasculaires, traitement de la rupture utérine, hystérectomie d'hémostase, embolisation qui, si elles doivent être réalisées, bénéficieront d'une cotation à taux plein, par dérogation à l'article 10 B des dispositions générales.

Lorsque la surveillance du travail est suivie par une sage-femme libérale, et l'accouchement réalisé par le médecin, la cotation de l'accouchement est la suivante :

M208	* forfait d'accouchement simple	100
M209	* forfait d'accouchement gémellaire	150

Ces deux derniers actes n'ouvrent pas droit à la majoration mentionnée à l'article 20 des dispositions générales.

Accouchement pratiqué par une sage-femme :

M210	Accouchement simple :	118
M211	Accouchement gémellaire :	130

Lorsque l'accouchement est pratiqué par une sage-femme, la cotation comprend tous les actes complémentaires nécessités par l'accouchement, notamment la surveillance avec monitorage, comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre, la délivrance artificielle ou la révision utérine isolée, la périnéorraphie simple ou suture d'épisiotomie présentant un caractère d'urgence exécutée au cours de l'accouchement. Cette cotation est la même quel que soit le mode de présentation du nouveau-né.

4° Actes de néonatologie (néonatalogie) :

a) En unité d'obstétrique :

M212	Examen du premier jour de la naissance : contrôle de l'adaptation du nouveau-né, C ou dépistage d'anomalies latentes (malformations, infections, troubles CS métaboliques ...)

Cet examen peut se cumuler avec l'examen médical obligatoire prévu à la sortie de l'établissement de soins.

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.

M213	Assistance pédiatrique avant la naissance, sur appel du praticien responsable de l'accouchement, pour une situation de risque néonatal, avec établissement d'un compte rendu :	40
M214	Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né en détresse vitale, comportant toute technique de ventilation, avec ou sans intubation, et les actes associés, avec établissement d'un compte rendu :	40

Les deux cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.

M215	Mise en condition médicale et surveillance d'un nouveau-né pour transfert médicalisé vers un centre spécialisé, avec établissement d'un compte rendu :	25

Surveillance d'un enfant dont l'état nécessite un placement en incubateur ou des soins de courte durée :

M216	Par vingt-quatre heures :	9

b) En unité de néonatalogie (néonatologie)

Forfait de surveillance d'un nouveau-né en unité de néonatalogie (néonatologie) autorisée :

M218	Par vingt-quatre heures	14

5° Autres actes :

M219	Evacuation de l'utérus quelle que soit la méthode	30
M220	Evacuation chirurgicale de l'utérus avec embryotomie (céphalique ou rachidienne)	60

6° Notations propres à la sage-femme

M221	Observation et traitement à domicile d'une grossesse nécessitant, sur prescription du médecin, une surveillance intensive	9SF

Observation et traitement à domicile d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin :

M222	* grossesse unique	15 SF
M223	* grossesse multiple	22SF

Observation et traitement au cabinet d'une grossesse pathologique, au troisième trimestre, comportant l'enregistrement du rythme cardiaque foetal, sur prescription d'un médecin :

M224	* grossesse unique	12 SF
M225	* grossesse multiple	19 SF

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

M226	* grossesse unique	12 SF
M227	* grossesse multiple	19 SF

Pour les trois libellés précédents, l'enregistrement du rythme cardiaque foetal doit être d'une durée de 30 minutes et donner lieu à l'établissement d'un compte rendu.

Forfait journalier de surveillance en cas de sortie précoce de l'établissement de santé, pour la mère et l'(les) enfant(s), à domicile, du jour de sortie à J 7 :

1. Pour un enfant :

M228	* pour les deux premiers forfaits	16 SF
M229	* pour les autres forfaits	12 SF

2. Pour deux enfants ou plus :

M230	* pour les deux premiers forfaits	21 SF
M231	* pour les autres forfaits	17 SF

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

M232	Surveillance d'un accouchement par une sage-femme avec monitorage d'au moins deux heures, comportant notamment la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et, éventuellement, prélèvement(s) pour mesure du PH foetal quel qu'en soit le nombre	40SF

Lorsque la surveillance et l'accouchement sont réalisés par une ou plusieurs sage(s)-femme(s), la cotation de la surveillance n'est pas cumulable avec celle de l'accouchement.

7) Accouchement et actes complémentaires (bis)

Lorsque l'accouchement est pratiqué par un médecin, le forfait comprend éventuellement le dégagement instrumental à la vulve, la périnéorraphie simple, la révision utérine, l'épisiotomie et la suture de cette dernière.

Lorsque l'accouchement est pratiqué par une sage-femme, le forfait comprend outre la surveillance de la mère pendant douze jours, la surveillance et les soins d'hygiène de l'enfant jusqu'au trentième jour qui suit l'accouchement.

M233	Surveillance du travail d'une durée d'au moins cinq heures	20

(Cet acte ne peut être noté que lorsque la surveillance du travail a abouti à une césarienne réalisée par un praticien autre que celui ayant effectué la surveillance).

Lorsque les actes complémentaires de l'accouchement sont pratiqués par un médecin appelé pour la circonstance, le forfait d'accouchement est minoré de 20%

M234	Accouchement simple comportant les visites normales, consécutives à l'accouchement (surveillance de la mère et de l'enfant pendant deux jours)	Forfait 1
M235	Accouchement gémellaire comportant les visites normales, consécutives à l'accouchement (surveillance de la mère et de	Forfait 2

	l'enfant pendant deux jours)	
M236	Accouchement par le siège chez une primaire, en supplément au forfait (ce supplément n'est pas cumulable avec le coefficient 30 de la grande extraction du siège)	20

Après le forfait d'accouchement (avec ou sans le supplément pour accouchement par le siège chez la primaire), l'acte suivant est coté complet et le deuxième acte suivant est coté à 50% de sa valeur.

Grande extraction (précédée ou non d'une version) :

M237	* Par le praticien ayant entrepris l'accouchement	30	20
M238	* Par un médecin appelé pour l'intervention	50	20

Manoeuvres pratiquées par le praticien ayant entrepris l'accouchement :

M239	Extraction instrumentale de l'enfant (Forceps, spatule, ventouse, etc), y compris la délivrance artificielle	20

Manoeuvres pratiquées par un médecin appelé pour l'intervention :

M240	Extraction instrumentale de l'enfant (Forceps, spatule, ventouse, etc), y compris la délivrance artificielle	50
M241	Délivrance artificielle ou révision utérine isolée	15
M242	Surveillance de l'accouchement, avec monitorage d'au moins deux heures comportant la surveillance cardiotocographique du travail avec tracés et prélèvements pour mesure de PH Foetal quel qu'en soit le nombre	30

Cet accouchement avec monitorage ne peut être noté que lorsqu'il est pratiqué dans les cas suivants : grossesse pathologique, menace de souffrance foetale depuis le début du travail.

M243	Traitement de l'hémorragie grave de la délivrance avec troubles de la crase sanguine confirmée par les examens du laboratoire	20

5) Surveillance du nourrisson après césarienne (pendant la durée d'hospitalisation de la mère) : 25% du forfait 1 ou du forfait 2 selon le cas.

M244	Réanimation immédiate du nouveau-né comportant au minimum respiration assistée instrumentale, avec ou sans intubation et injections par la veine ombilicale	20

6) Périnéorraphie

M245	Simple ou suture d'épisiotomie (isolée, l'accouchement ayant été fait par une sage femme)	10	
M246	Pour déchirure du plancher périnéal et du vagin (isolée, l'accouchement ayant été fait par une sage femme)	20	
M247	Pour déchirure complète (sphincter anal)	40	20
M248	Pour déchirure intéressant sphincter et muqueuse rectale	60	20
M249	Evacuation chirurgicale de l'utérus par curetage	30	
M250	Evacuation chirurgicale de l'utérus avec embryotomie (céphalique ou rachidienne)	60	
M251	Cerclage du col	40	
M252	Césarienne par laparotomie	60	
M253	Césarienne vaginale	60	
M254	7) Intervention par coeliotomie pour traitement des anomalies de la grossesse, du travail ou des suites de couches, y compris l'extraction du foetus et l'exérèse éventuelle de tout organe génital	100	50
M255	Césarienne suivie de myomectomie	120	50
M256	Hystérectomie pour rupture utérine	120	60

8) Notations propres à la sage-femme :

M257	Vaccination ou revaccination antivariolique	1	
M258	Surveillance d'un enfant prématuré élevé en couveuse (par vingt quatre heures)	9	

(La consultation ou la visite ne se cumule pas avec un acte inscrit à la nomenclature).

Chapitre III : Actes liés à l'assistance médicale à la procréation (AMP)
Ces actes ne peuvent être effectués, sous peine de sanctions pénales, qu'entre conjoints légalement unis par un contrat de mariage valide.

Nombre d'actes :

1° Pour l'insémination artificielle : il ne peut être coté qu'une insémination par cycle pendant 6 cycles pour l'obtention d'une grossesse ;

2° Pour une fécondation in vitro avec ou sans micromanipulation : il ne peut être coté que quatre tentatives pour l'obtention d'une grossesse. On entend par tentative toute ponction ovocytaire suivie de transferts embryonnaires.

Insémination artificielle quelle que soit la technique :

M300	* par cycle	20	

Dans la limite d'une insémination par cycle pendant 6 cycles.

M301	Prélèvement d'ovocytes échoguidé sur un ou deux ovaires	41	

Cette cotation inclut l'échoguidage

M302	Transfert d'embryons dans l'utérus	25	

Induction de l'ovulation par gonadotrophines suivie d'une insémination artificielle ou d'une FIV avec ou sans micromanipulation à l'exclusion des échographies :

M303	* par cycle	32	

La cotation correspond à la prise en charge de toutes les consultations et du monitorage clinique (examens cliniques durant le cycle monitoré, réception et interprétation des dosages et des échographies, prescriptions adaptées). La cotation vaut pour un cycle.

Chapitre IV : Actes de diagnostic anténatal

M400	Amniocentèse	18	
M401	Biopsie de trophoblaste	18	

Lorsque l'amniocentèse et la biopsie de trophoblaste sont pratiquées en vue de réaliser un caryotype foetal, ils ne sont pris en charge que dans le cadre des indications prévues pour le caryotype foetal.

M402	Amnio infusion - amnio drainage	35	
M403	Prélèvements foetaux (quel que soit le nombre de prélèvements...)	45	
M404	Foetoscopie	45	
M405	Transfusion ou exsanguino transfusion in utero	80	
M406	Pose de cathéter foetal en vue de drainage	100	

Pour ces actes, l'article 10 B ne s'applique pas à l'échoguidage

Chapitre V : Assimilation
XI/I/1/1 : Frottis endo-utérins réalisés à l'aide d'instruments du type "endocyte, endoscann, pipelle de cornier, inocurette"

Cotation K 20 par assimilation à "insémination artificielle". (Titre XI - Chapitre III de la présente nomenclature)

Cette cotation comprend les prélèvements endo-utérins et une éventuelle colposcopie avec prélèvements du col utérin pour examens histologiques.

XI/I/1 : Techniques d'investigations gynécologiques

1. Examens de l'endocol :

Micro-colposcopie endocervicale

Plusieurs procédures, en fait, peuvent être visées par ce terme ou des termes analogues :

La n icro-colposcopie proprement dite

C'est une colposcopie : Colposcopie avec ou sans prélèvements pour examen histologique : 10 (Titre XI, Chapitre I, Article 1er de la présente nomenclature)

L'exploration du canal cervical sous contrôle de la vue à l'aide d'un micro-hystéroscope : peut être assimilée à : Insufflation tubaire, injection intra-utérine... : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance : 20

2. Examens intra-utérins et/ou intra-salpingiens :

L'hystéroscopie de contact, assimilation à : Insufflation tubaire, injection intra-utérine... : un ou plusieurs de ces actes dans la même séance 20 : (Titre XI, Chapitre I, Article 1er de la présente nomenclature)

L'hystéroscopie panoramique, et la micro-hystéroscopie panoramique, avec utilisation de moyens de distension (gaz ou fluide),

La micro-hystéroscopie de contact avec traitement préalable de la muqueuse par colorant, peuvent être assimilées à : Traitement des affections, anomalies ou tumeurs bénignes du vagin, de l'utérus. un ou plusieurs de ces actes dans la même séance : 30, (Titre XI, Chapitre I, Article 1er, de la présente nomenclature)

Ces examens devront comporter un compte-rendu détaillé accompagné de conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui sera adressé au médecin conseil sur demande.

Leurs cotations comprennent les actes diagnostiques (prélèvements anatomopathologiques, par exemple) et thérapeutiques éventuellement associés.

Elles ne sont pas cumulables entre elles.

XI/I/2 : Traitement de la stérilité féminine par la microchirurgie tubaire bilatérale

Lorsque sous microscope il y a nécessité de reperméabilisation ou d'intervention sur la corne et à l'exclusion des salpingoplasties, le coefficient d'une intervention bilatérale retenu est : 150 par assimilation à "intervention plastique bilatérale pour stérilité masculine".

Titre XII : Actes portant sur le membre inférieur

N - Chapitre I : Cuisse jambe

N100	Amputation ou désarticulation du cou-de-pied à la hanche (exclue)	60	30
N101	Désarticulation de hanche	100	50
N102	Désarticulation inter-ilio-abdominale	250	130
N103	Iliectomie large	150	70
N104	Traitement chirurgical des pseudarthroses congénitales de la jambe	150	50

Allongement ou raccourcissement de membre inférieur, quelle que soit la technique, et

par côté traité :

N105	* sur le tibia	120	40
N106	* portant sur le fémur	150	60
N107	Suture d'un ligament du genou pour rupture traumatique récente	60	30
N108	Plastie d'un ligament latéral du genou, quelle que soit la technique	80	35
N109	Traitement d'une lésion du pivot central du genou, quel que soit le nombre de ligaments concernés, avec autogreffe, comprenant le prélèvement du greffon tendineux ou ostéotendineux et les gestes associés intra-articulaires, osseux, cartilagineux, synoviaux ou méniscaux éventuels, quelle que soit la technique : arthrotomie ou arthroscopie	149	65
N110	Patellectomie, patelloplastie, quelle que soit la technique	80	30
N111	Méniscectomie quel que soit la technique, y compris l'arthroscopie éventuelle	80	30
N112	Désinsertion du quadriceps pour raideur du genou	100	30
N113	Sections ou transplantations musculaires ou tendineuses pour hanche paralytique ou coxarthrose	100	40
N114	Traitement complet par traction continue pour réduction orthopédique de luxation congénitale de hanche, suivie ou non d'un appareil plâtré	100	20
N115	Réduction chirurgicale de luxation congénitale de hanche avec ou sans creusement du cotyle	150	70
N116	Butée ostéoplastique de hanche	100	50
N117	Arthroplastie intéressant fémur et bassin	220	110
N118	Injection sclérosante intra-vasculaire pour varices, quel que soit le nombre d'injections pratiquées, qu'un seul ou deux membres soient traités, avec maximum de dix séances (renouvelables après accord préalable), par séance	5	
N119	Incision d'une veine superficielle thrombosée	5	
N120	Pansements des ulcères de jambes (détersion, épluchage et régularisation de la lésion) avec maximum de deux pansements par semaine	5	

Si le traitement nécessite plus de deux pansements par semaine, tous les pansements sont compris comme des pansements ordinaires et cotés selon les coefficients prévus.

N121	Réalisation d'une botte de Unna (acte isolé)	5	
N122	Réalisation d'une botte de Unna et pansement d'un ulcère de jambe (détersion, épluchage et régularisation de la lésion) avec maximum de 2 par semaine	6	
N123	Pansement d'un ulcère de jambe (détersion, épluchage et régularisation de la lésion) et pose d'une bande adhésive réalisant la contention permanente inamovible d'au moins deux segments de membres quelle que soit la technique avec un maximum de deux par semaine	6	

N124	Résection isolée d'une veine ou d'un paquet variqueux	30	
N125	Résection étendue ou totale d'une ou des deux saphènes et leurs affluents une jambe	80	30
N126	Epiphysiodèse de l'extrémité inférieure du genou ou de l'extrémité supérieure du tibia non compris le prélèvement éventuel d'un greffon	40	
N127	Prothèse totale du genou	200	90
N128	Réparation des ruptures du tendon d'Achille ou du tendon rotulien	40	

Chapitre II : Pied
Article premier : Chirurgie de l'avant-pied

Le prélèvement éventuel de greffons est inclus dans les cotations de cet article.

Si l'addition des cotations d'actes de cet article portant, au cours d'une même séance, sur un avant-pied excède 90, après application de l'article 10 B, des dispositions générales, le total des cotations est ramené à ce montant.

En cas d'intervention sur l'autre pied, au cours de la même séance, la même règle de cotation est appliquée, mais à 75% de ce montant.

N200	Cure radicale de l'ongle incarné ou ablation d'un ongle	10	
N201	Ablation d'exostose sous unguéale	20	

Ostéotomie ou résection osseuse métatarsienne ou métatarso-phalangienne sans rétablissement de la continuité (1) :

N202	* un seul rayon	20	
N203	* Deux rayons	30	
N204	* trois rayons et plus	40	

Ostéotomie ou résection osseuse métatarsienne avec rétablissement de la continuité (1) :

N205	* un seul rayon	40	
N206	* Deux rayons	50	
N207	* trois rayons	60	25

Arthrodèse ou arthroplastie interphalangienne avec ou sans intervention tendineuse :

N208	* un orteil	20	
N209	* Deux orteils	30	
N210	trois orteils et plus	40	

Arthroplastie métatarso-phalangienne par résection épiphysaire avec interposition ostéo-cartilagineuse ou prothèse :

N211	* un seul rayon	50	
N212	* Deux rayons	65	30
N213	* trois rayons et plus	80	30
N214	Ablation totale ou partielle d'un ou des deux sésamoïdes du gros orteil	20	

Interventions portant sur les tendons, dans le cadre de la chirurgie de l'avant-pied :

N215	* un tendon	30	
N216	* Deux tendons	45	
N217	* trois tendons et plus	60	25
N218	Amputation ou désarticulation d'une phalange ou d'un orteil avec ou sans la tête du métatarsien	10	
N219	Amputation d'un orteil avec tout son métatarsien	30	
N220	Plastie cutanée au niveau des orteils, quelle qu'en soit la technique	30	

Article 2 : Autres actes portant sur le pied

N221	Amputation ou désarticulation du pied, de l'articulation tibiotarsienne à l'interligne de Lisfranc	60	25

Manipulation d'un pied bot suivie d'appareillage :

N222	* les trois premières séances	15	
N223	* les suivantes	5	
N224	Aponévrectomie plantaire isolée	50	
N225	Traitement sanglant de la luxation des tendons péroniers	50	
N226	Astragalectomie	50	
N227	Excision de lésions cutanées (autres que verrues) suivie de fermeture par autoplastie locale ou par greffe	60	25
N228	Exérèse d'une ou plusieurs gaines synoviales	90	35
N229	Suture d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien pour rupture traumatique récente	60	25
N230	Plastie d'un ligament tibio-tarsien ou sous-astragalien, quelle qu'en soit la technique	80	35
N231	Ablation d'un névrome de Morton	40	
N232	Arthrorise sous-astragalienne ou médio-tarsienne	40	

N233	Rééducation d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibiotarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur l'avant-pied, par séance d'une durée de 30 minutes	4	
N234	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	
N235	Massage d'un pied (à l'exclusion de l'articulation tibio-tarsienne), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	2	
N236	Massage des deux pieds (à l'exclusion des articulations tibio-tarsiennes), en relation avec une intervention chirurgicale sur les avant-pieds	3	
N237	Pansement petit	0,8	
N238	Pansement moyen ou pansements multiples sur un pied	1,3	
N239	Pansement moyen ou pansements multiples sur deux pieds	2	
N240	Pansement d'hygroma consécutif à l'intervention du médecin	1,5	

Traitement pédicural de cas pathologiques du domaine du pédicure (hygromas, onyxis, etc.) non justiciable d'un acte opératoire, suivant prescription médicale, pansement compris :

N241	* pour la première séance	2	
N242	* pour les suivantes	1,5	

(1) Il faut entendre par ostéotomie, la section complète d'un os, effectuée dans le but d'en modifier la direction, la longueur ou la position.

Titre XIII : Diagnostic et traitement de troubles mentaux

Chapitre premier : Tests mentaux
La liste ci-dessous est limitative

Tout examen par tests mentaux implique l'établissement d'un compte rendu.

Conformément à la règle générale, l'honoraire des actes ci-dessous ne peut se cumuler avec celui de la consultation ou de la visite.

Par dérogation aux dispositions générales édictées par l'article 10 de la présente nomenclature et pour permettre l'emploi de batteries de tests au cours d'un même examen, l'addition de deux ou plusieurs coefficients correspondant à ces tests est autorisée sans abattement jusqu'à un maximum de K 36. Une seconde séance peut être autorisée dans les trente jours qui suivent avec un maximum similaire de K16. En dehors de cet examen initial exceptionnellement renouvelé, le médecin peut pratiquer un examen de contrôle une fois par an, mais les tests effectués au cours de cet examen sont payables dans la limite d'un plafond de K 28 :

P100	Test de rétention visuelle de Benton	2
P101	Test de structuration visuelle de Bender	2

P102	Test de la figure complexe de Rey	2
P103	Test de latéralité ou de dominance latérale	2
P104	Test de vision des couleurs	2
P105	Test du dessin de Goodenough	2
P106	Test de la dame de Fay	2
P107	Test de mémorisation de mois de Rey	2
P108	Tests des cubes de Kohn	4
P109	Test de facteur général (progressive matrice 38, progressive matrice 47, test D 48, test de Cattel	4
P110	Test de vocabulaire de Binois et Pichot	4
P111	Test de compréhension verbale de Bonnardel	4
P112	Labyrinthes de Porteurs	4
P113	* avec analyse qualitative	6
P114	Test Z de Zulliger	4
P115	Test de phrases à compléter	4
P116	Inventaire de développement de Gesell ou adaptation de Brunet Lésine	8
P117	Echelle de performance de Grace Arthur	8
P118	Echelle de performance de Borelli Oléron	8
P119	Echelle de performance d'Alexander	8
P120	Echelle d'intelligence de Binet-Simon	8
P121	Révision stanford de Binet-Simon	8
P122	Nouvelle révision de Binet-Simon	8
P123	Test de Terman Merill	10
P124	Test de nouvelle échelle métrique d'intelligence	10
P125	Test Wechsler Bellevue	8
P126	Test de Head pour aphasique	8
P127	Test du double barrage de Zazzo	8
P128	Test film de Gille	8
P129	Quastionnaire 16 P.F de Catell	8
P130	Quastionnaire PNP	8
P131	Test d'intelligence de Borel-Maisonny	8
P132	Echelle de maturité mentale de Coulumbia	8
P133	Test du village d'Arthus	12
P134	Test du monde de Buhler	12
P135	Tests de frustraction de Rosenzweig	12
P136	C.A.T	12
P137	Test de Blacky	12
P138	Inventaire multiphasique de Minnesota (MMPI)	16
P139	Test de Rorschach	20
P140	T.A.T., test de symonds	16
P141	Test P.M.K (psycho-myo-kinétique) de Myra Y Lopez	16
P142	Echelle d'intelligence de Wechter : Pour enfant W IS C ou pour	16

	adultes W A I S	
P143	Test "patte noire"	16
P144	Sceno test	16

Chapitre II : Actes de thérapeutique

P200	Délivrance à domicile d'un certificat d'internement	10
P201	Electrochoc ou éllectonarcose ou convulsivothérapie par agent chimique, la séance	8
P202	Electrochoc sous anesthésie générale pratiqué par le médecin effectuant l'électrochoc, la séance	18
P203	Choc insulinique avec sudation ou coma et resucrage en cours d'hospitalisation dans un établissement spécialisé	15
P204	Narcoanalyse, la séance, avec maximum de six séances	10
P205	Chimiothérapie intensive (cure de sommeil. cure dite dépressive, neuroleptique) réalisée en établissement, par jour	15

Une demande d'accord préalable doit être formulée lorsque le traitement est prolongé au-delà de quatorze jours.

Psychothérapie de groupe, la séance d'une durée moyenne de 3/4 d'heure :

P206	* moins de 4 ou 5 malades, par malade	3
P207	* de 6 ou 8 malades, par malade	2
P208	* de 8 ou 9 malades, par malade	1.5
P209	Désintoxication alcoolique par apomophine, par séance avec maximum de 15 séances	6
P210	Désintoxication alcoolique par tétraéthylthiourane, par séance avec un maximum de 8 séances	6

Titre XIV : Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles

Q	Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les organismes gestionnaires de l'assurance maladie, 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.

Les actes des chapitres II, III et IV du présent titre sont soumis à la procédure de l'accord préalable.

Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 10-B des Dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien.

Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient.

Les cotations comprennent les différents actes et techniques utilisés par le masseur-kinésithérapeute pendant la séance à des fins de rééducation, que ce soient des manoeuvres 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.

A chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause (1).

(1) Il découle de ces dispositions liminaires spécifiques que, sauf exceptions prévues dans le texte, il n'est pas possible d'appliquer une seconde cotation pour une même séance.

Chapitre I : Actes de diagnostic

Section 1 : Actes isolés

Bilan ostéo-articulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non :

Q101	* pour un membre	5
Q102	* pour deux membres ou un membre et le tronc	8
Q103	* pour tout le corps	10

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 :

Q104	* pour un membre	5
Q105	* pour deux membres	10
Q106	* pour tout le corps	20

Section 2 : Bilan-diagnostic kinésithérapique effectué par le masseur-kinésithérapeute

Q107	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 chapitre II ou III, sauf exception ci-dessous	8
Q108	Bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances	10

	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	

Cas simples

Cas simples nécessitant seulement des massages, par séance :

Q109	* massage localisé ou abdominal	2
Q110	* massage d'un membre	3
Q111	* massage du tronc, ou de plusieurs membres ou généralisé	4
Q112	Gymnastique pour troubles statiques légers, par séance	2
Q113	Séance de gymnastique groupée pour troubles statiques légers (le groupe ne peut comporter plus de quatre enfants), par séance et par enfant	0,5

Chapitre II : Traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles
Article premier :Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques

Q200	Rééducation des petites articulations : un ou plusieurs doigts, pied, orteils, par séance d'une durée de trente minutes	4	
Q201	Rééducation des grosses articulations : main globale, épaule, coude, poignet, coxo-fémorale, genou, tibio-tarcienne, par séance d'une durée de quarante-cinq minutes	6	
Q202	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	
Q203	Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9	

Rééducation et réadaptation, après amputation y compris l'adaptation à l'appareillage :

Q204	* amputation de tout ou partie d'un membre	7
Q205	amputation de tout ou partie de plusieurs membres	9

Les cotations afférentes aux quatre actes ci-dessus comprennent l'éventuelle rééducation des ceintures.

Q206	Rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation, est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie	7

	n'entraînant pas de déficit moteur)	
Q207	Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis	7
Q208	Rééducation du rachis ou déformations thoraciques, par séance d'une durée de quarante-cinq minutes	6
Q209	* même cas en bassin	7
Q210	* même cas en piscine	8

Article 2 :Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires

Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvispondylite, polyarthrite rhumatoïde ...)

Q211	* atteinte localisée à un membre ou le tronc	7
Q212	* atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres	9

Article 3 :Rééducation de la paroi abdominale

Q213	Rééducation abdominale pré-opératoire ou post-opératoire	7
Q214	Rééducation abdominale du post-partum	7

Article 4 :Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires.

Affections du neurone moteur périphérique (poliomyélite antérieure aigue, syndrome de Guillain-Barré), paraplégies évolutives à la période aigue :

Q215	* période des soins spéciaux (durée deux mois), traitement quotidien comprenant l'ensemble des actes dispensés dans la journée, adaptation de petits appareils de contention et de rééducation et formation de l'entourage, par séance d'une durée de deux heures trente	12

Affections du neurone moteur périphérique (poliomyélite antérieure aigue, syndrome de Guillain-Barré), paraplégies non évolutives, paralysie des nerfs périphériques, polynévrites :

* période de régression (durée six mois), traitement quotidien comprenant l'ensemble des actes dispensés en une séance :

Q216	- un membre, par séance d'une durée de quarante cinq minutes	6
Q217	- plusieurs membres, par séance d'une durée de soixante minutes	8

* période de réadaptation (3 séances par semaine), traitement comprenant l'ensemble des actes dispensés en une séance, étude des possibilités, recherche des suppléances,

actes usuels de la vie :

Q218	- un segment de membre, par séance d'une durée de trente minutes	3
Q219	- un membre ou le tronc, par séance d'une durée de quarante minutes	5
Q220	- formes diffuses, par séance d'une durée de cinquante minutes	7

Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires

Q221	* atteintes localisées à un membre ou à la face	7
Q222	* atteintes intéressant plusieurs membres	9

Séquelles d'encéphalopatie infantile :

Q223	* cas avec marche libre sans gros troubles de la coordination, ni athétose importante, la séance d'une durée de trente minutes	4
Q224	* cas avec marche impossible, la séance d'une durée de cinquante minutes	7
Q225	Rééducation de l'hémiplégie	8
Q226	Rééducation de la paraplégie et de la tétraplégie	10
Q227	Affections neurologiques de longue durée (Parkinson, sclérose en plaque, myopathies, etc.) la séance d'une durée de quarante-cinq minutes	5

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 :

Q228	* localisation des déficiences à un membre et sa racine	7
Q229	* localisation des déficiences à 2 membres ou plus, ou d'un membre et à tout ou partie du tronc ou de la face	9

Les cotations afférentes aux deux actes ci-dessus ne s'appliquent pas à la rééducation de la déambulation chez les personnes âgées.

Q230	Rééducation des malades atteints de myopathie	10
Q231	Rééducation des malades atteints d'encéphalopathie infantile	10

Article 5 :Rééducation des conséquences des affections respiratoires

Q232	Drainage postural (maximum trente séances), traitement exclusivement individuel, par séance d'une durée de quarante-cinq minutes	5

Q233	Rééducation des maladies respiratoires avec désencombrement urgent (bronchiolite du nourrisson, poussée aiguë au cours d'une pathologie respiratoire chronique, poussée aiguë au cours d'une mucoviscidose)	8

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 titre XIV, 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 10 B des Dispositions générales sont applicables à ces deux actes.

Q234	Rééducation des maladies respiratoires, obstructives, restrictives ou mixtes (en dehors des situations d'urgence)	8

Rééducation des troubles respiratoires chroniques

Q235	* cas bénins, par séance d'une durée de vingt minutes	2
Q236	* cas graves objectivés par les épreuves fonctionnelles, par séance d'une durée de quarante cinq minutes	5
Q237	Rééducation respiratoire pré-opératoire ou post-opératoire	8

Rééducation appliquée à la chirurgie thoracique (préopératoire ou postopératoire, soit immédiate, soit à la période de récupération, soit à la période de réadaptation) comprenant :

Q238	* Drainage des bronches, avec ou sans massage local thérapeutique, massage et mobilisation de l'épaule, par séance d'une durée de quarante-cinq minutes	5

Article 6 :Rééducation dans le cadre des pathologies maxillo-faciales et oto-rhino-laryngologiques**.**

Q239	Rééducation maxillo-faciale en dehors de la paralysie faciale	7
Q240	Rééducation vestibulaire et des troubles de l'équilibre	7
Q241	Rééducation des troubles de la déglutition isolés	7

Article 7 :Rééducation des conséquences des affectations vasculaires**.**

Q242	Rééducation pour artériopathie des membres inférieurs (claudication, troubles trophiques)	7
Q243	Rééducation pour insuffisance veineuse des membres inférieurs avec retentissement articulaire et/ou troubles trophiques	7

Rééducation pour lymphoedèmes vrais (après chirurgie et/ou radiothérapie,

lymphoedèmes congénitaux) par drainage manuel :

Q244	* pour un membre ou pour le cou et la face	7
Q245	* pour deux membres	9

Supplément pour bandage multicouche :

Q246	* un membre	1
Q247	* deux membres	2

Article 8 : Rééducation des conséquences des affections périnéo-sphinctériennes

Q248	Rééducation périnéale active sous contrôle manuel et/ou électrostimulation et/ou biofeedback	7

Article 9 :Rééducation de la déambulation du sujet âgé

Les actes ci-dessous sont réalisés en dehors des cas où il existe une autre pathologie nécessitant une rééducation spécifique.

Q249	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
Q250	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

Cet acte vise à l'aide au maintien de la marche, soit d'emblée, soit après la mise en oeuvre de la rééducation précédente.

Article 10 :Rééducation des patients atteints de brûlures

Les séances peuvent être réalisées au rythme de deux par jour en fonction de la situation clinique.

Q251	Rééducation d'un patient atteint de brûlures localisées à un membre ou à un segment de membre	7
Q252	Rééducation d'un patient atteint de brûlures étendues à plusieurs membres et/ou au tronc	9

Article 11 : Soins palliatifs

Q253	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	12

	quel que soit le nombre d'interventions	

Article 12 : Manipulations vertébrales

Q254	La séance, avec un maximum de trois séances	7

Article 13 : Tractions vertébrales
(maximum 6 séances)

Q255	Tractions cervicales, traction lombaire sur table mécanique	4
Q256	Traction sur table mécanique avec massages des régions paravertébrales	6

Chapitre III : Modalités particulières de conduite du traitement
Article premier : Traitements de groupe

Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du titre XIIII, chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance.

Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

Article 2 : Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients

Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée.

La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II.

Chapitre IV : Divers
Kinébalnéothérapie.

Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément

Q400	* en bassin (dimensions minimales 2 m x 1,80 m x 0,60 m)	1,2
Q401	* en piscine (dimensions minimales 2 m x 3 m x 1,10 m)	2,2

Titre XV : Actes divers

Chapitre premier : Actes d'urgence

	Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de	25

	réanimation cardio-respiratoire ...) et la présence prolongée du médecin (en dehors d'un établissement de soins) dans les situation suivantes :	
R100	détresse respiratoire ;	
R101	détresse cardiaque ;	
R102	hémorragie aigue (lorsqu'elle peut entraîner un risque vital pour le malade) ;	
R103	détresse d'origine allergique ;	
R104	état aigu d'agitation ;	
R105	état de mal comitial ;	
R106	détresse d'origine traumatique.	

Chapitre II : Réanimation continue

R200	Traitement d'un malade atteint de delirium tremens, ou d'un malade non opéré présentant un état de choc, ou de coma, ou de détresse respiratoire ou circulatoire nécessitant des manoeuvres complexes de réanimation dans un établissement de soins, par un médecin, avec un maximum de deux malades par médecin et de trois jours par malade, par vingt-quatre heures	30
R201	Surveillance dans un Centre spécialisé de réanimation par une équipe de plusieurs médecins spécialistes s'occupant au maximum de dix malades, un médecin au moins étant présent de façon constante, pour un malade des manoeuvres de réanimation complexes éventuellement associées, pour l'équipe, par malade, et par 24 heures, avec un maximum de quinze jours	50

Chapitre III : Hyperbarie thérapeutique

R300	Oxygénothérapie hyperbare, en série, séance quotidienne d'une heure. y compris la surveillance par tous procédés, à une pression de 2 à 3 barres absolues (ATA), avec un maximum de dix séances renouvelables, par séance et par malade	15
R301	Traitement par hyperbarie, avec ou sans enrichissement en oxygène, des états de détresse cardio-respiratoire et des accidents de plongée, comprenant l'ensemble des actes de réanimation nécessaires, par vacation de six heures :	15
R302	* le médecin étant en dehors du caisson	50
R303	* le médecin étant à l'intérieur du caisson	100

Chapitre IV : Actes utilisant les agents physiques
Article premier : Actes de diagnostic

1° Echographies non obstétricales

R400	Echocardiogramme bidimensionnel et temps mouvement, avec tracé	50

	électrocardiographique de référence et analyse qualitative et quantitative, associé au doppler puisé et continu	
R401	Echocardiogramme bidimensionnel et temps mouvement avec tracé électrocardiographique de référence et analyse qualitative et quantitative, associé au doppler pulsé et continu, par voie transoesophagienne, réalisé en milieu disposant des moyens nécessaires à la réanimation	65
R402	Examen échographique mammaire (unilatéral ou bilatéral)	22
R403	Examen échographique d'un organe superficiel ou thoracique	20
R404	Examen échographique d'un ou plusieurs organes intra-abdominaux	30
R405	Examen échographique d'un ou plusieurs organes intra-pelviens, à l'exception de la surveillance du monitorage de l'ovulation	30

Ces cotations ne s'appliquent ni au diagnostic ni à la surveillance d'une grossesse intra-utérine.

R406	Examen échographique pour surveillance du monitorage de l'ovulation avec un maximum de trois examens par cycle	20
R407	Examen échographique du système urinaire : reins, uretère, vessie et, le cas échéant, prostate	30
R408	Examen échographique d'organes intra-abdominaux et intra-pelviens au cours d'une même séance (à l'exception de l'étude isolée de l'appareil urinaire)	40
R409	Examen échographique d'organes intra-abdominaux et/ou intra-pelviens et d'un ou plusieurs des organes suivants : sein, thyroïde, testicules	45
R410	Contrôle ou surveillance échographique d'une pathologie d'un ou deux organes intraabdominaux et/ou intra-pelviens (ex. : surveillance de lithiases rénales ou vésiculaires, surveillance de métastases hépatiques, ...)	20

2° Echographies obstétricales :

Suivi d'une grossesse normale : un examen par trimestre

R411	Examen échographique au cours du premier trimestre comportant au minimum : identification et vitalité du contenu utérin, datation de la grossesse, y compris l'examen éventuel des ovaires	16
R412	Examen échographique au cours du second trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, bilan morphologique foetal complet, biométrie et vitalité, y compris l'examen éventuel des ovaires :	
R413	* un foetus	30
R414	* deux foetus ou plus	60

Examen échographique au cours du troisième trimestre comportant au minimum : localisation placentaire, présentation et vitalité foetale, biométrie et morphologie, y

compris l'examen éventuel des ovaires :

R415	* un foetus	20
R416	* deux foetus ou plus	40

Surveillance échographique pour pathologie gravidique foetale ou maternelle, avec rédaction d'un dossier médical.

R417	* un foetus	16
R418	* deux foetus ou plus	32

Examen de complément de l'échographie du deuxième trimestre ou du troisième trimestre, réalisé par un médecin autre que celui ayant effectué le premier examen, demandé sur signe d'appels échographiques, en cas de suspicion de pathologie foetale sévère :

Examen au cours du deuxième trimestre :

R419	* un foetus	30
R420	* deux foetus ou plus	60

Examen au cours du troisième trimestre :

R421	* un foetus	20
R422	* deux foetus ou plus	40

3° Autres examens échographiques :

Examen échographique artériel et/ou veineux avec doppler pulsé :

R423	Etude cervico-encéphalique et/ou des vaisseaux des membres supérieurs	40
R424	Etude des vaisseaux de l'abdomen et, le cas échéant, des membres inférieurs	40
R425	Examen polyvasculaire en un seul temps regroupant les deux études ci-dessus	60
R426	Contrôle ou surveillance d'une pathologie	20

4° Examens vélocimétriques :

R427	Examen par doppler continu isolé	14

Article 2 : Electrothérapie

R428	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
R429	* en application intracavitaire	4
R430	2. Courants excito-moteurs par électrode mobile ou courants progressifs	5

Article 3 : Imagerie par résonance magnétique nucléaire

La rémunération d'un examen d'imagerie par résonance magnétique nucléaire est obtenu par l'addition d'une base fixe de cotation de l'examen et d'un forfait technique.

Le forfait technique rémunère notamment les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil.

Le montant du forfait technique varie en fonction de la puissance du champ magnétique principal de l'imageur, de la zone géographique dans laquelle il est implanté et de son année d'installation et d'un seuil d'activité de référence. Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique est appliqué.

Les seuils d'activité de référence sont établis en fonction de la puissance du champ magnétique de l'aimant et sont annexés au présent chapitre.

La valeur monétaire du forfait technique et celle du forfait technique réduit sont fixées dans les mêmes conditions que les valeurs des lettres clés.

Le montant du forfait technique ne tient pas compte du coût du produit de contraste.

Annexe
Seuils d'activité de référence annuelle des IRM (1) pour l'ensemble des matériels installés quelle que soit leur date d'installation

Actes de scanographie et d'IRM :

Les actes de scanographie et d'IRM sont rémunérés par l'addition d'une base fixe et d'un forfait technique en application des dispositions de la présente nomenclature générale des actes professionnels.

Le montant du forfait technique varie en fonction de l'année d'installation de l'appareil, c'est-à-dire l'année civile pendant laquelle a eu lieu la visite de conformité, de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé (appareil de scanographie), de la puissance du champ magnétique de l'appareil autorisé (appareil d'IRM) et du nombre d'examens effectués.

Au-delà du nombre d'examens correspondant à l'activité de référence, un forfait réduit est appliqué.

La durée de l'amortissement des appareils est calculée sur dix ans.

Pour les matériels considérés comme amortis, le montant du forfait technique ne prend plus en compte le coût de l'amortissement du matériel.

Pour chaque appareil, un registre chronologique doit être tenu, par année civile. Ce registre doit comporter la date d'installation et le numéro de l'appareil et mentionner, pour

chaque acte réalisé :

son numéro d'ordre ;
la date de réalisation ;
les nom et qualité du médecin l'ayant effectué ;
les nom et prénom du patient ;
le numéro d'immatriculation de l'assuré.

Pour les actes de scanographie, dans le cas où deux actes sont facturés pour un même patient, chaque acte doit comporter un numéro d'ordre différent.

Le décompte des actes doit être effectué par année civile il débute le 1er janvier de l'année concernée et s'achève le 31 décembre de la même année. Si l'installation de l'appareil a lieu en cours d'année (nouvelle implantation ou renouvellement), le décompte des actes débute lors du premier acte effectué sur l'appareil et s'achève au 31 décembre de l'année d'installation.

Titre XVI : Soins infirmiers

S	Lorsqu'un médecin effectue lui-même un acte inscrit ci-dessous et ne figurant pas à l'un des autres titres de la présente nomenclature, il indique sur la feuille de soins le coefficient de la lettre-clé K.
	Lorsqu'un acte du présent titre est effectué par une sage-femme, le coefficient de l'acte est précédé de la lettre-clé SFI.
	Lorsqu'un acte du présent titre est effectué par une sage-femme ou un infirmier(re) le coefficient de l'acte est précédé de la lettre-clé SFI pour la sage-femme et AMI pour l'infirmier(re).

Chapitre I : Soins de pratique courante
Article 1er: Prélèvements et injections

S100	Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5
S101	Saignée	5
S102	Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1
S103	Injection intraveineuse directe isolée	2
S104	Injection intraveineuse directe en série, prélèvement de sang	1,5
S105	Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2
S106	Injection intramusculaire	1
S107	Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5
S108	Injection sous-cutanée	1
S109	Injection intradermique	1
S110	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
S111	Injection d'un implant sous-cutané	2,5

S112	Injection en goutte à goutte par voie sous-cutanée ou rectale	2

Article 2 : Pansements courants

S113	Pansement (petit)	0,75
S114	Pansement (moyen) (tupe ulcère de la jambe, trachéotomie)	1,25
S115	Pansement de stomie	2
S116	Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	2,25
S117	Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2
S118	Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4
S119	Autre pansement	2

Article 3 : Pansements lourds et complexes

Pansements lourds et complexes nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse :

S120	Pansement (grand), pansement avec sonde	2
S121	Pansement d'anus artificiel	2,5
S122	Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieures à 5% de la surface corporelle	4
S123	Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm²	4
S124	Pansement d'amputation nécessitant détersion, épluchage et régularisation	4
S125	Pansement de fistule digestive	4
S126	Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4
S127	Pansement chirurgical nécessitant un méchage ou une irrigation	4
S128	Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4
S129	Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4

Article 4 : Pose de sonde et alimentation

S130	Alimentation par sonde, par séance	1,75
S131	Pose de sonde gastrique	3
S132	Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3
S133	Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4

Article 5 : Soins portant sur l'appareil respiratoire

S134	**Séance d'aérosol**	1,5
S135	Pulvérisations	1,25
S136	Lavage d'un sinus	2

Article 6 : Soins portant sur l'appareil génito-urinaire

S137	Injection vaginale	1,25
S138	Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5
S139	Cathétérisme urétral chez la femme	3
S140	Cathétérisme urétral chez l'homme	4
S141	Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3
S142	Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4
S143	Education à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5
S144	Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5

Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire

S145	Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25
S146	Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1
S147	Ventouses scarifiées	2
S148	Ventouses sèches	1

Article 7 : Soins portant sur l'appareil digestif

S149	Soins de bouche avec application de produits médicamenteux au décours immédiat d'une radiothérapie	1,25
S150	Lavage, tubage d'estomac	2,25
S151	Lavement évacuateur ou médicamenteux	3
S152	Extraction de fécalome ou extraction manuelle des selles	3

Article 8 : Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

S153	Pulvérisation de produit(s) médicamenteux	1,25
S154	Réalisation de test tuberculinique	0,5

S155	Lecture d'un timbre tuberculinique et transmission d'informations au médecin prescripteur	1

Article 9 : Perfusions

S156	Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile : infuseur, pompe portable, pousse-seringue	3
S157	Pose de perfusion par voie sous-cutanée ou rectale	2
S158	Perfusion intraveineuse	5
S159	Pose ou changement d'un dispositif intraveineux	3
S160	Changement de flacon(s) ou branchement sur dispositif en place	2
S161	Arrêt et retrait du dispositif de la perfusion, pansement éventuel, tenue du dossier de soins et transmission des informations au médecin prescripteur	1

Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) :

S162	* de moins de huit heures	2
S163	* de plus de huit heures	4

Les cotations des différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à l'article 10 B des dispositions générales. Ces cotations comprennent, le cas échéant, l'injection de produits médicamenteux par l'intermédiaire d'une tubulure.

S164	Séance d'autohémothérapie	2

Article 10 : Surveillance et observation d'un patient à domicile

S165	Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage	1
S166	Au-delà du premier mois, par passage	1
S167	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 insulinodépendants, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1

Article 11 : Garde à domicile

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 :

S168	* entre 8 heures et 20 heures 13 E	13
S169	* entre 20 heures et 8 heures 16 E	16

Ces cotations incluent les actes infirmiers

La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde

Garde de 24 heures	17

Chapitre II : Soins spécialisés
Soins demandant une actualisation des compétences, un protocole thérapeutique, l'élaboration et la tenue des dossiers de soins, la transmission d'informations au médecin prescripteur.

Article 1er: Soins d'entretien des cathéters

Séance d'entretien de cathéter(s) en dehors des perfusions, y compris le pansement :

S200	* cathéter péritonéal : soins au sérum physiologique et pansement	4
S201	* cathéter veineux central ou site implantable : héparinisation et pansement	4
S202	Pansement de cathéter(s) veineux central ou péritonéal sans héparinisation	3

Article 2 : Injections et prélèvements

S203	Injection d'analgésique(s), à l'exclusion de la première par l'intermédiaire d'un cathéter intrathécal ou péridural	5
S204	Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un site implanté, y compris l'héparinisation et le pansement	4
S205	Injection intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter central, y compris l'héparinisation et le pansement	3
S206	Prélèvement sanguin sur cathéter veineux central extériorisé ou chambre implantable	1

Article 3 : Perfusion intraveineuse par l'intermédiaire d'un cathéter veineux central ou d'un site implanté

S207	Préparation, remplissage, programmation de matériel pour perfusion à domicile, infuseur, pompe portable, pousse-seringue	3
S208	Branchement de la perfusion et mise en route du dispositif	4
S209	Changement de flacon(s)	2
S210	Arrêt et retrait du dispositif, y compris l'héparinisation et le pansement	3

Organisation de la surveillance de la perfusion (ne peuvent être cotés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacement ou des majorations de nuit ou de dimanche) :

S211	* de moins de huit heures	2
S212	* de plus de huit heures	4

Les cotations des différents stades d'une perfusion se cumulent à taux plein par dérogation à l'article 10 B des dispositions générales.

Article 4 : Actes du traitement spécifique à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux

Soins portant sur l'appareil respiratoire

S213	* Séance d'aérosols à visée prophylactique	5

Injections :

S214	* Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5
S215	* Injection intraveineuse	2,5
S216	* Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7

Perfusions, surveillance et planification des soins

L'infirmier doit vérifier que le protocole comporte :

1° Les produits et les doses prescrites ainsi que leur mode d'administration ;

2° Le nombre de cure(s) et séance(s) d'entretien de cathéter prévues ;

3° Les modalités de mise en oeuvre de la thérapeutique, y compris précautions et surveillances spécifiques.

S217	Forfait pour séance de perfusion intraveineuse courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10
S218	Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion intraveineuse au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6
S219	Forfait pour séance de perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à une heure, y compris le remplissage et la pose de l'infuseur, pompe portable ou pousse-seringue (comportant trois contrôles au maximum)	15
S220	Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination des services de suppléance et le lien avec les services sociaux, à l'exclusion au jour de la pose et de celui du retrait, par jour	4

S221	Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion intraveineuse d'une durée supérieure à vingt-quatre heures, y compris l'héparinisation et le pansement	5

Article 5 : Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité

S222	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
S223	Injection sous-cutanée d'insuline	1
S224	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	4

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 au titre XVI, chapitre 1er, article 11 de la présente nomenclature.

S225	Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuses et une détersion avec défibrination	4

Ces actes peuvent se cumuler entre eux sans application de l'article 11 B des dispositions générales de la présente nomenclature générale des actes professionnels.

Article 6 : Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

S226	Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive,	4

	incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	
S227	Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4

Dialyse péritonéale par cycleur :

S228	* branchement ou débranchement, par séance	4
S229	* organisation de la surveillance, par période de douze heures	4

Troisième partie : Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes

Titre I : Actes de radiodiagnostic

T - Chapitre I : Dispositions générales
Article 1er: Conditions générales de prise en charges

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 médecin. 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 médecin ayant effectué l'examen.

Le compte rendu doit comporter les indications, les incidences, l'analyse et l'interprétation de l'examen.

Une incidence est caractérisée par une position du patient par rapport à la source ; un changement d'orientation de la source ou de la surface examinée selon un angle différent ou selon une position différente du patient constitue une nouvelle incidence.

Article 2 : Cotation des actes

La cotation en Z d'un examen radiologique est globale, quel que soit le support utilisé, à l'exception du supplément éventuel pour numérisation. Elle n'est applicable que si le minimum d'incidences indiqué dans certains libellés est réalisé.

La cotation d'un examen radiologique est obtenue par l'addition de deux nombres :

- une base fixe caractéristique de l'examen,
- une variable, proportionnelle au nombre de poses effectuées.

Ces poses sont cotées :

5 pour les formats exceptionnels dont la plus grande dimension dépasse 43 cm,

2 pour les films de formats 30x40, 35x35, 36x43, 20x40

1 pour les films de formats inférieur ou égal à 24x30

Lorsque plusieurs poses, quel qu'en soit le nombre, sont pratiquées sur un même film, la cotation de celui-ci est multipliée par deux.

Article 3 : Actes effectués en dehors de l'unité d'imagerie

Les actes de radiodiagnostic effectués au domicile du malade ne sont remboursés que dans la mesure où le déplacement du médecin est justifié par un malade intransportable.

Dans ce cas, les honoraires et indemnités accessoires s'établissent comme suit :

- le coefficient de base est doublé avec un minimum de 30, cette majoration couvrant les frais entraînés par l'examen à domicile ;

- les indemnités horo-kilométriques habituelles sont ajoutées, s'il y a lieu.

Pour les actes effectués en salle d'opération ou en unité de réanimation, la cotation est majorée de 40%.

Cette majoration ne s'applique pas :

Aux actes de radiologie vasculaire et interventionnelle, quel que soit le lieu où ceux-ci sont réalisés (salle d'opération, salle d'angiographie, laboratoire de cathétérisme) ;

à la radioscopie de longue durée avec amplificateur de brillance ;

aux examens effectués au lit du patient hospitalisé, sauf si celui-ci est intransportable. Dans ce cas, la cotation est majorée de 40%.

Article 4 : Circonstances particulières

Pour tout examen radiographique osseux effectué suivant la technique dite en agrandissement direct, avec un tube à foyer fin (0,3 mm), la cotation de base est majorée de 50%.

1. Pour tout contrôle radiologique effectué sous appareil plâtré ou sous résine, la cotation est majorée de 20% (50%).

2. La cotation est majorée de 40% (25%) pour un examen radiographique effectué chez l'enfant de moins de cinq ans (3 ans).

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

Tout examen avec moyen de contraste, effectué sous contrôle télévisé, entraîne un supplément à la cotation de base de 5.

4. Sauf exceptions énumérées ci-dessous, tout examen radiographique à images numérisées entraîne un supplément de Z 5 par séance.

Ce supplément ne peut être compté qu'une fois par vingt-quatre heures et par patient.

Il ne s'applique pas :

- aux techniques de numérisation secondaire des images ;

- à l'examen radiographique intra-buccal ;

- aux radiographies thoraciques et aux radiographies des extrémités osseuses effectuées en fluorographie numérique.

Ce supplément ne s'applique que si l'examen est réalisé avec une technique numérique.

L'application de ce supplément est suspendue pour les mammographies, à l'exception du suivi des prothèses mammaires.

Chapitre II : Actes de radiodiagnostic portant sur le squelette
Article 1er: Membre supérieur

T100	Incidences fondamentales, de l'extrémité du doigt à la diaphyse humérale comprise, par segment	4
T101	Examen radiologique de la main	15
T102	Examen radiologique du poignet	15
T103	Examen radiologique de l'avant-bras	15
T104	Examen radiologique du coude	15
T105	Examen radiologique du bras	15
T106	Examen radiologique de deux segments du squelette du membre supérieur	22
T107	Examen radiologique de trois segments ou davantage du squelette du membre supérieur	30
T108	Examen radiologique des deux mains et/ou des deux poignets de face sur la même plaque	15

Les cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.

T109	Bilan radiologique complet du poignet, minimum de quatre incidences	22
T100	Bilan radiologique complet du coude, minimum de quatre incidences	22
T111	Ceinture scapulaire, épaule, omoplate ou clavicule	8
T112	Incidences spéciales faisant suite à une incidence fondamentale : profil franc de l'épaule, scaphoïde	3

Epaule, ceinture scapulaire (par côté) :

T113	* Examen radiologique simple ou contrôle de l'épaule ou de la ceinture scapulaire	17
T114	* Bilan radiologique complet de l'épaule ou de la ceinture scapulaire, minimum quatre incidences	28

Les deux cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles pour un même côté.

Article 2 : Membre inférieur

T115	Incidences fondamentales, des orteils à la diaphyse fémorale comprise, par segment	6

Incidences spéciales : calcanéum de face, genou sur film courbe, interligne fémoro-patellaire, etc. :

T116	* Faisant suite aux incidences fondamentales, par incidence	3

T117	* sinon, la première incidence	6
T118	* les suivantes, par incidence	3
T119	Examen radiologique du pied, minimum deux incidences	15
T120	Examen radiologique de la cheville, minimum deux incidences	15
T121	Examen radiologique de la jambe, minimum deux incidences	15
T122	Examen radiologique du genou, inférieur ou égal à deux incidences	15
T123	Examen radiologique de la cuisse, minimum deux incidences	15
T124	Examen radiologique de deux segments du squelette du membre inférieur	22
T125	Examen radiologique de trois segments ou davantage du squelette du membre inférieur	30

Les cotations ci-dessus ne sont pas cumulables entre elles.

T126	Bilan radiologique complet du pied en charge incluant la cheville de face avec mesures si nécessaire, minimum quatre incidences	22
T127	Bilan radiologique complet de la cheville, minimum quatre incidences	22
T128	Examen radiologique simple du genou, trois ou quatre incidences	17
T129	Examen radiologique du genou, cinq incidences	24
T130	Bilan radiologique complet du genou, hors mesures, minimum six incidences Bassin (y compris les sacro-iliaques) :	29
T131	* Examen radiologique du bassin, y compris les sacro-iliaques, une incidence	15
T132	* Examen radiologique du bassin, y compris les sacro-iliaques, deux incidences	25
T133	* Examen radiologique du bassin, y compris les sacro-iliaques, trois incidences et plus	35

Hanche (par côté) :

T134	* Examen radiologique de la hanche, par côté, deux incidences	15
T135	* Examen radiologique de la hanche, par côté, trois incidences	25
T136	* Examen radiologique de la hanche, par côté, quatre incidences et plus	35

En cas d'exploration simultanée du bassin et de la hanche, ou des deux hanches, la cotation relative au bassin est limitée à une seule incidence.

T137	Incidences spéciales : profil chirurgical de la hanche, faux profil du col, mesure de l'antéversion, cliché de recentrage, par incidence	10
T138	Radiomensuration comparative des membres à l'aide de la règle de Bell Thomson	30

Téléradiographie des membres :

T139	* Téléradiographie d'un membre de face en totalité	30
T140	* Téléradiographie des deux membres inférieurs de face en totalité	30
T141	* Téléradiographie des deux membres inférieurs de face, en appui monopodal l'un après l'autre	34

Les cotations des trois examens ci- dessus ne sont pas cumulables entre elles.

Article 3 : Tête

T142	Incidences fondamentales : face, profil, projection sus-orbitaire des rochers, par incidence	6
T143	Incidences spéciales : projections verticales de base, incidences obliques, opacification des sinus, par incidence	10
T144	Recherche d'un corps étranger oculaire par radiographie multiples, l'examen	15
T145	Maxillaire défilé, os propres du nez, articulation temporo-maxillaire	8

Crâne, massif facial, sinus :

T146	Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, une incidence	15
T147	Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, deux ou trois incidences	18
T148	Examen radiologique du crâne, massif facial, sinus, quatre incidences et plus	26
T149	Examen radiographique des os propres du nez, y compris la cloison, incluant l'ensemble des incidences nécessaires	17
T150	Examen radiographique des articulations temporo-maxillaires	19
T151	Examen radiographique panoramique de la totalité du système maxillaire et du système dentaire (technique tomographique)	16
T152	Examen radiographique du crâne : incidences de Schuller (les deux côtés), non cumulable avec la radiographie du crâne	15
T153	Téléradiographie du crâne à trois mètres (diagnostique orthodontique), par incidence	10

Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique) :

T154	* Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), une incidence	15
T155	* Téléradiographie du crâne à 4 mètres (diagnostic orthodontique), deux incidences et plus	20

Examens intra-buccaux :

T156	Premier cliché d'un examen radiographique intra-buccal rétroalvéolaire, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement	4	
T157	Deuxième cliché et suivants d'un examen radiographique intrabuccal rétroalvéolaire par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement	1	
T158	Bilan complet en téléradiographie intrabuccale (status), au cours d'une même séance, quel que soit le nombre de clichés rétroalvéolaires ou rétrocoronaires	56	
T159	Examen radiographique intra-buccal à images numérisées par capteur, par dent ou groupe de deux ou trois dents contiguës, au cours d'une même séance de diagnostic ou de traitement	6	

Pour donner lieu à remboursement, l'examen ci-dessus, qui comporte la visualisation d'une ou plusieurs images numériques sur écran, doit être matérialisé par au moins un support papier de format égal ou supérieur à 70 x 90 mm indiquant la date de cet examen, l'identification du patient et celle de la dent ou des dents concernées

Le support papier doit comporter une ou plusieurs images d'un format au moins égal à 2,5 fois celui d'un cliché périapical standard

Article 4 : Thorax

T160	Examen radiographique du sternum et/ou des articulations sterno-claviculaire uni ou bilatérales, minimum deux incidences	18
T161	Examen radiographique du gril costal unilatéral, minimum trois incidences	18
T162	Examen radiographique du gril costal bilatéral, minimum trois incidences	25
T163	Gril costal ou sternum, ou hemithorax, ou articulation sterno-claviculaire	12

Article 5 : Rachis

T164	Rachis segmentaire, cervical, dorsal, lombo-sacré, sacré-coccygien	10

Bilan complet du rachis segmentaire, y compris les zones transitionnelles :

T165	Bilan complet radiologique du rachis cervical, y compris les zones minimum trois incidences transitionnelles,	34
T166	Bilan complet radiographique du rachis dorsal, y compris les zones minimum deux incidences transitionnelles,	24
T167	Bilan complet radiographique du rachis lombo-sacré, y compris les zones transitionnelles, minimum trois incidences	39

Ces cotations ne sont pas cumulables entre elles.

T168	Bilan complet radiographique de deux segments rachidiens contigus	56
T169	Bilan complet radiographique de deux segments rachidiens non contigus	69
T170	Bilan complet radiographique des trois segments rachidiens	76

Incidences en complément d'un examen effectué au cours d'une séance antérieure :

T171	* Une incidence en complément d'un examen radiographique du rachis effectué au cours d'une séance antérieure sous réserve des dispositions de l'article 12 C des dispositions générales	15
T172	* Deux incidences et plus en complément d'un examen radiographique du rachis effectué au cours d'une séance antérieure, sous réserve des dispositions de l'article 12 C des dispositions générales	18
T173	Exploration radiographique isolée du sacrum et/ou du coccyx	15

Cette cotation n'est pas cumulable avec celle de l'examen du rachis lombo-sacré et avec celle des explorations du bassin.

Examens complémentaires :

T174	* charnières occipito-atloidienne, Itlas, axis, cervico-dorsale (profil ou faux profil), lombo-sacrée (L5 - S1).	12
T175	* incidences obliques quel que soit le segment.	12
T176	* inflexion latérale ou antéropostérieure.	12
T177	Téléradiographie du rachis dans son entier, face ou profil	35
T178	Téléradiographie du rachis dans son entier, face plus profil	43
T179	Téléradiographie du rachis de face et/ou de profil et étude morphologique segmentaire	60
T180	Bilan radiologique complexe avant décision thérapeutique pour scoliose ou cyphose grave sans téléradiographie	60
T181	Téléradiographie du rachis face et/ou profil, associée à un bilan complexe avant décision thérapeutique, pour scoliose ou cyphose grave (étude dynamique, charnières et tractions)	95

Ces trois dernières cotations ne sont pas cumulables entre elles

Article 6 : Actes multiples

T182	Squelette entier ou hémisquelette : bilan comprenant au minimum l'étude du crâne, du rachis entier, du bassin, d'un membre supérieur et d'un membre inférieur, quel que soit le nombre d'incidences	120

La majoration de 40% prévue au 2 de l'article 4 des dispositions générales ne s'applique pas à cet examen

Chapitre III : Actes de radiodiagnostic portant sur les viscères
Article 1er: Cavum, larynx, pharynx

T200	Examen radiologique du larynx ou du pharynx, sans moyen de contraste	15
T201	Laryngographie, pharyngographie, bilan radiologique de la déglutition	35
T202	Examen radiologique isolé, sans moyen de contraste, de la filière aérienne (cavum)	15
T203	Examen radiologique, sans moyen de contraste, de la filière aérienne (cavum) en complément d'un examen de sinus	10

Article 2 : Poumons, coeur

T204	Examen radioscopique ou radiophotographique	2
T205	Téléradiographie du thorax, quel que soit le nombre d'incidences, y compris médiastin et coeur (avec ou sans opacification oesophagienne)	16
T206	Examen radiologique des poumons avec opacification bronchique	25
T207	Médiasticographie	30
T208	Téléradiographie du thorax pour suivi post-opératoire d'une intervention thoracique, chez un patient hospitalisé	12

Article 3 : Tube digestif

T209	Examen radiologique de l'abdomen sans préparation, quel que soit le nombre d'incidences	15
T210	* aigu (syndrome occlusif ou péritonéal)	30
T211	* pneumopéritoine, pneumo-rétropéritoine	30
T212	Examen radiologique de la vésicule et des voies biliaires et/ou pancréatiques, quel que soit le genre d'examen, incluant l'abdomen sans préparation	43
T213	Examen radiologique isolé de l'oesophage	40
T214	Transit oeso-gastro-duodénal, incluant l'abdomen sans préparation	85
T215	Examen radiologique de l'estomac et duodénum	35
T216	Région cardio-tubérositaire et oesophage inférieur, examen faisant suite à l'examen gastro-duodénal	5
T217	Examen radiologique du côlon incluant l'abdomen sans préparation	90
T218	* par voie haute	20
T219	* par voie basse	40
T220	Défécographie	65
T221	Transit du grêle, incluant l'abdomen sans préparation	90

N.B : un minimum de cinq poses est exigible sauf pour l'abdomen sans préparation, la vésicule exclue et les examens per-opératoires.

Article 4 : Système urinaire

T222	Examen radiologique de l'abdomen sans préparation hors opacification du système urinaire, quel que soit le nombre d'incidences	16
T223	Urographie intraveineuse incluant la cystographie descendante et l'abdomen sans préparation	64
T224	Cystographie isolée descendante ou rétrograde, urétrographie mictionnelle, vésiculo-déférentographie	25
T225	Cystographie après opacification par voie sus-pubienne ou rétrograde, incluant l'abdomen sans préparation	43
T226	Urétrographie rétrograde incluant l'abdomen sans préparation	43

La cotation de cet examen n'est pas cumulable avec celle de la cystographie.

T227	Etude mictionnelle au décours d'un des trois examens suivants : urographie, cystographie, urétrographie	21
T228	Pyélographie rétro ou antérograde incluant l'abdomen sans préparation	35

Article 5 : Gynécologie

T229	Mammographie bilatérale	30
T230	Mammographie unilatérale	20
T231	Mammographie bilatérale d'au moins deux incidences effectuée dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein	41
T232	Mammographie unilatérale effectuée en dehors du cadre du dépistage organisé du cancer du sein, comportant au moins deux incidences et incluant, le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements.	23
T233	Mammographie bilatérale effectuée en dehors du cadre du dépistage organisé du cancer du sein, comportant au moins deux incidences et incluant, le cas échéant, l'incidence axillaire et les agrandissements	41
T234	Mammographie et repérage de microcalcifications avec mise en place d'un repère et contrôle immédiat	62
T235	Galactographie	23
T236	Contrôle radiologique d'une pièce d'exérèse mammaire, comprenant un repère	14
T237	Hystérographie	30
T238	Hystérosalpingographie incluant l'abdomen sans préparation	55
T239	Radiopelvimétrie	35
T240	Etude du contenu utérin	16
T241	Génitographie externe, colpocystographie	35

Article 6 : Système nerveux

T242	Myélographie	80
T243	Saccoradiculographie, y compris l'éventuel basculage	80

Ces deux cotations ne sont pas cumulables entre elles.

T244	Discographie (hors nucléolyse), quel que soit le nombre de disques explorés	80

Encéphalographie - Ventriculographie :

T245	* cisternographie (gazeuse ou opaque), pneumographie sous-durale	100

Article 7 : Angiographie

Artériographie :

T246	* périphérique simple	50
T247	* périphérique avec aortographie sous-rénale	70
T248	* thoracique ou abdominale, globale ou sélective	90
T249	* cérébrale, vertébrale ou carotidienne	100
T250	* coronarographie	120
T251	* angiocardiographie	90
T252	Chaque sériographie supplémentaire pour un même vaisseau ou une même cavité cardiaque	20
T253	Examen d'un autre vaisseau ou d'une autre cavité cardiaque dans le même temps opératoire	40

Phlébographie :

T254	* périphérique, cavographie simple	50
T255	Splénoportographie, ombilico-portographie, portographie directe, phlébographies sélectives d'un ou plusieurs afférents directs des veines caves, phlébographie orbitaire, sinusographie veineuse cranienne	90

Les examens cotés 90 ou plus, doivent être effectués avec un changeur automatique de films. S'ils sont réalisés sans cet appareil, la cotation de base est réduite de 40.

Chapitre IV : Examens divers

T300	Arthrographie y compris l'examen sans préparation effectué le même	40

	jour	
T301	Arthrographie temporo-mandibulaire	43
T302	Arthrographie des interphalangiennes (main ou pied), quel qu'en soit le nombre	30
T303	Arthrographie du poignet	52
T304	Arthrographie du coude	43
T305	Arthrographie de l'épaule	60
T306	Arthrographie de la hanche	52
T307	Arthrographie du genou	80
T308	Arthrographie de la cheville	43
T309	Arthrographie des articulaires postérieures cervicales, quel qu'en soit le nombre	40
T310	Arthrographie des articulaires postérieures dorsales, quel qu'en soit le nombre	35
T311	Arthrographie des articulaires postérieures lombaires, quel qu'en soit le nombre	35
T312	Arthrographie d'autres articulations	30

Les cotations ci-dessus comprennent les radiographies simples de repérage.

Autres examens :

T313	Sialographie, y compris l'examen sans préparation	38
T314	Fistulographie, opacification par sonde	45
T315	Lymphographie, examen complet étalé sur quarante-huit heures, y compris l'examen du thorax	100
T316	Péritonéographie	25
T317	Examen radiologique pour calcul de l'âge osseux, quelles que soient les méthodes	15
T318	Repérage des corps étrangers par des méthodes géométrique	30
T319	Radioscopie télévisée ou non pour réduction de fracture ou extraction de corps étranger	10
T320	Radioscopie télévisée de longue durée au cours d'examens cardio-vasculaires, non suivie d'un temps radiographique	25

Chapitre V : Examens utilisant des appareillages spéciaux
Article 1er: Radiographie en coupe

T400	Tomographie classique, os, larynx, poumons	40
T401	Tomographie, premier plan en coupe	35
T402	Tomographie, plan(s) non parallèle(s) au premier plan de coupe, quel qu'en soit le nombre	25
T403	Tomographie(s) au cours d'un examen radiologique, quel que soit le nombre de séries et de plans	15

T404	Tomographie frontale, oblique ou transversale	45
T405	Zonographie ou tomographie au cours d'un examen quel qu'il soit (voies biliaires, reins, encéphale, etc)	15

Article 2 : Ampliphotographie

T406	S'ajoutant à un examen radiographique standard, par série de 4 poses	1

Article 3 : Radiocinéma ou magnétoscope

T407	Supplément pour radiocinéma, en 16 mm (avec un minimum de 15 mètres de film)	15
T408	Supplément pour radiocinéma, en 35 mm (avec un minimum de 30 mètres de film)	30
T409	Supplément pour magnétoscope	25

Les suppléments du présent article ne sont pas cumulables entre eux.

Lorsqu'un examen comporte, dans une même séance, des clichés radiographiques et une séquence cinématographique, la base fixe caractéristique de l'examen pratiqué ne peut être notée qu'une fois.

Article 4 : Amplificateur de brillance

T410	Radioscopie de longue durée	14,5

Cet acte n'est pas cumulable avec la cotation d'un autre examen radiologique.

Article 5 : Scanographie

Est considéré comme un acte de scanographie l'examen effectué à l'aide d'un appareil de tomodensitométrie, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste, d'une des régions anatomiques suivantes :

tête ;
cou ;
thorax ;
abdomen ;
pelvis ;
membres ;
rachis

Chaque secteur anatomique inclut les zones transitionnelles.

Lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être coté, sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produit de contraste, des régions anatomiques suivantes :

tête et thorax ;

thorax et abdomen complet (incluant l'étude du foie, des reins et du pancréas) ;

abdomen complet (incluant l'étude du foie des reins et du pancréas) et pelvis (incluant l'étude de l'appareil génital) ;

membres et tête ;

membres et thorax ;

membres et abdomen ;

tête et abdomen.

La rémunération d'un examen de scanographie est obtenue par l'addition d'une base fixe de cotation de l'examen (Z 19) et d'un forfait technique.

Le montant du forfait technique varie en fonction de la classe à laquelle appartient l'appareil autorisé, de son année d'installation et d'un seuil d'activité.

Au-delà de ce seuil, un montant réduit du forfait technique, dont la valeur monétaire est fixée dans les mêmes conditions que le forfait technique lui-même, est appliqué.

Le montant du forfait ne tient pas compte du coût du produit de contraste.

Les valeurs monétaires du forfait technique et du forfait technique réduit sont fixées dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés."

Chapitre VI : Assimilation
Z1. - Cotation d'actes d'imagerie interventionnelle

Il s'agit de techniques diagnostiques ou thérapeutiques utilisant la voie percutanée et dont l'approche lésionnelle est guidée avec précision par un procédé d'imagerie : échographie, scanographie, ou amplificateur de brillance.

Elles peuvent être cotées de la façon suivante :

Les ponctions biopsies par voie transcutanée

Ces actes peuvent être cotés K 40 par assimilation à :

Laparoscopie avec biopsie : 40

(Titre VIII, Chapitre I de la présente nomenclature)

Les ponctions drainage d'abcès

Elles peuvent être cotées K 20 par assimilation à :
Discographie d'un disque : 20
(Titre V article 2 de la présente nomenclature)

A ces cotations correspondant aux actes intellectuels et opératoires s'ajoute la cotation de l'imagerie de guidance : acte en KE pour l'échographie, acte en Z pour la scanographie ou la radiologie interventionnelle.

Z1. - Cotation d'actes d'imagerie interventionnelle

1) la cotation à retenir pour trois types de procédures médico-chirurgicales utilisées sous guidage échographique ou radiographique. A ces cotations correspondant aux actes intellectuels et opératoires s'ajoute la cotation de l'imagerie de guidage : il s'agit d'actes en Z pour la radiographie ou la scanographie et/ou d'actes en KE pour l'échographie.

Dans cette dernière hypothèse, l'acte en KE s'ajoute effectivement à celui de la procédure médico-chirurgicale.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels tenant, soit à l'état du malade (insuffisant rénal subissant une ponction de kyste rénal et qui nécessite la présence d'un néphrologue, par exemple), soit à la complexité particulière d'une procédure, qu'il serait possible d'admettre que l'acte opératoire et l'acte d'imagerie en KE soient notés chacun, avec son coefficient propre non minoré, s'il sont effectués par des spécialistes de disciplines différentes.

2) Les ponctions drainage d'abcès sont cotées K 20. Peuvent être également affectés du même coefficient :

Les ponctions de collection non abcédée du type fusée pancréatique, ascite enkystée, qui nécessitent un même repérage précis ;

Les ponctions de kystes (reins, seins...)

Les repérage-ponctions de la vésicule biliaire.

En revanche, l'amniocentèse doit être cotée K 18 en application du Chapitre IV du titre XI de la présente nomenclature où elle figure.

Titre II : Actes de radiothérapie

U	Certains traitements, ainsi que précisé par la suite, donnent lieu obligatoirement à l'établissement d'un protocole de traitement qui doit être présenté au contrôle médical sur sa demande.

Chapitre I : Actes de radiothérapie de haute Energie
Article premier : Protocole de traitement

La mise en oeuvre de l'irradiation de haute énergie au-delà de 0,5 MeV impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :

* le résumé clinique
* le diagnostic histologique ou à défaut les bases de l'irradiation thérapeutique
* la description des volumes à irradier
* le séquençage de l'irradiation ;
* la prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation (volumes irradiés, faisceaux, doses utilisées et détail de la cotation).

U100	Cet acte est coté une seule fois au début du traitement, quel que soit le nombre de réductions	50

Article 2 : Etude dosimétrique

U101	Etude dosimétrique comportant la description des faisceaux, la dose absorbée par volume cible à l'isodose de référence, l'établissement de courbes isodoses (non compris les radiographies nécessaires)	30

Article 3 : Préparation du traitement

Le mode d'acquisition des données est inclus dans la cotation de la préparation.

Les modifications de technique et les réductions pour surdosage tumoral peuvent nécessiter :

une nouvelle préparation ;
une nouvelle saisie des données anatomiques ;
une nouvelle dosimétrie ;
de nouveaux paramétrages ;
de nouveaux contrôles.

Les opérations sont facturées selon leurs cotations élémentaires.

Un maximum de 3 interventions (avec des complexités variables) sera exceptionnellement accepté en cas de volumes différents.

U102	Mise en place simple sous appareil, sans simulation, calcul de la dose	30
U103	Préparation 2 D avec simulation, dosimétrie (1 ou 2 coupes)	70
U104	Préparation 2 D avec simulation et dosimétrie (au moins 3 coupes)	125
U105	Préparation avec acquisition scanner, dosimétrie 3 D (objectivable au travers de reconstructions dans les trois plans de l'espace)	250
U106	Préparation avec simulation virtuelle pour radiothérapie de conformation (avec un minimum de 10 coupes où les volumes cibles ont été contourés)	350

Les actes ci-dessus ne se cumulent pas entre eux.

Les actes suivants sont cotés forfaitairement quel que soit le nombre de faisceaux, pour chaque préparation justifiant leur utilisation :

U107	Utilisation de contentions individualisées	30
U108	Utilisation de caches personnalisés et focalisés	40
U109	Paramétrage d'un collimateur multilames	50

Ces deux derniers actes ne sont pas cumulables.

Contrôle qualité :

Contrôles balistiques radiologiques ou par imagerie portale.

Ces contrôles peuvent être cotés lors de la mise en route ou lors des séances d'irradiation, par faisceau, selon les modalités figurant dans le tableau ci-dessous. Les faisceaux symétriques ne seront cotés qu'une fois (sauf pour la première semaine, lors de la mise en route du traitement : contrôle impératif de tous les champs, surtout si traitement par collimateur multilames pour détecter champ aberrant ou rotation collimateur inversée).

	Par contrôle du faisceau	Maximum par semaine de traitement (**) et par faisceau
Par	Z 5	Z 25

gammagraphie		
Par imagerie portale	Z15	Z45

(**) Ce maximum s'entend comme une moyenne sur l'ensemble du traitement (il est donc possible d'accepter, par exemple, plus de 3 contrôles balistiques par imagerie portale la première semaine, si globalement sur l'ensemble du traitement la moyenne de ces contrôles reste à 3 par semaine).

Dosimétrie in vivo : en début de traitement et lors de réduction par mesure pour l'ensemble des faisceaux : Z 20.

La date des mesures et les documents doivent être reportés dans le dossier.

Utilisation d'un système d'enregistrement et de vérification des paramètres (une fois pour l'ensemble du traitement) : Z 30.

Article 4 : Irradiation par faisceaux de photons ou électrons

1 - Champs fixes

L'irradiation est cotée Z 1

pour le télécobalt, par fraction de 28 cGys pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 MeV ;

pour l'accélérateur par fraction de :

25 cGys pour les faisceaux de 0,5 à 4,9 Mev ;

20 cGys pour les faisceaux de 5 à 7,9 Mev ;

14 cGys pour les faisceaux de 8 à 16,9 Mev ;

12 cGys pour les faisceaux de 17 à 24,9 Mev ;

9 cGys pour les faisceaux à partir de 25 Mev,

étant précisé qu'il s'agit de la dose absorbée comptée sur le rayon central au niveau du maximum atteint au cours de la pénétration dans les tissus pour la totalité pour le traitement tel qu'il est établi dans le compte rendu de fin d'irradiation.

2 - Cyclothérapie (totale ou partielle)

L'irradiation est cotée Z2

Par mêmes fractions de rads et mêmes énergies que ci-dessus, la dose absorbée étant alors comptée à l'axe de rotation.

3 - Irradiation segmentaire effectuée par faisceaux de grandes dimensions (supérieures à 300 cm2 à l'entrée) et de formes complexes (au moins deux caches protecteurs) :

L'irradiation est cotée par la sommation des doses maximales à l'entrée délivrée par chacun des faisceaux élémentaires habituels de la même zone d'irradiation jusqu'à un maximum de 4). Le facteur 4 ne doit pas être systématique).

Chapitre II : Actes de radiothérapie à moyenne et basse énergie

Article premier : Traitement des affections tumorales malignes

U200	Protocole préalable des conditions d'irradiation	25
U201	Irradiation proprement dite par fraction de 40 rads (dose à la surface)	1

Article 2 : Traitement des affections tumorales bénignes

(type verrue, papillome, etc.)

U202	Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose étalement)	25

Article 3 : Traitement des affections inflammatoires ou dégénératives subaiguës ou chroniques (type arthrose, chéloïde, hydrosadénite, névrites et névralgies, etc.)

U203	Quelles que soient les modalités de l'irradiation (kilovolts dose, étalement)	70

Article 4 : Traitement des affections inflammatoires aiguës (type panaris, furoncle, anthrax, thrombose hémorroïdaire, etc).

U204	Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	30

Chapitre III : Actes de radiothérapie de contact
Article premier : Traitement des affections bénignes

U300	Quelles que soient la localisation et les modalités de l'irradiation (kilovolts, dose, étalement)	25

Article 2 : Autres traitements

La mise en oeuvre du traitement impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :

	Le résumé clinique	25
U301	Le diagnostic histologique ou à défaut les bases de l'indication thérapeutique	

La description des surfaces à irradier

La prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation

U302	Irradiation proprement dite, quelles que soient la surface à irradier et la dose	50

Chapitre IV : Actes de curiethérapie

Section 1 : Curiethérapie interstitielle (ou endocuriethérapie) et curiethérapie endocavitaire
Article premier : Protocole de traitement

La mise en oeuvre de la curiethérapie impose l'établissement d'un protocole de traitement comprenant :

	Le résumé clinique	50

Le diagnostic histologique ou à défaut les bases de l'indication thérapeutique

U400	La description des volumes à traiter

La prévision dosimétrique et le compte rendu de fin d'irradiation

Article 2 : Préparation du traitement

1° Repérage radiographique :

U401	contrôle de La pose des vecteurs non radio-actifs ou de La mise en place des applicateurs ou moules avec sources fantômes	20+ films	
U402	Radioscopie télévisée de longue durée	10	

2° Contrôle radiologique de la position des films ou des sources radio-actives en vue du calcul de la répartition des doses :

U403	Clichés orthogonaux	10+ films

Article 3 : Dosimétrie

U404	Etude dosimétrique comportant l'établissement des courbes isodoses dans deux ou plusieurs plans (non compris les radiographies nécessaires)	25
U405	Forfait de base	20

Etablissement des courbes :

U406	* Un tracé	10

U407	* Par tracé supplémentaire (avec maximum de deux), en supplément	5

Article 4 : Actes de curiethérapie

Mise en place et ablation des sources radio-actives (non comprise la fourniture du matériel utilisé)

U408	* pour les tumeurs cutanées ou cutanéo-muqueuses, quelles que soient leurs dimensions	20
U409	* pour les autres localisations	90

Section II : Curiethérapie de contact de courte durée (plesiocuriethérapie)

U410	Applicateurs radioactifs (non compris la fourniture du matériel utilisé) quel que soit le nombre de champs par séance	20	

Titre III : Actes utilisant des radio-éléments en sources non scellées

V	Les cotations comprennent le coût des préparations radiopharmaceutiques mais non celui des produits radiopharmaceutiques.		

Une majoration pour fourniture du produit radiopharmaceutique (PRA) est allouée par Z facturé.

La valeur de cette majoration est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 des dispositions générales (première partie de la présente nomenclature).

Chapitre I :

Section 1 : Examens sur le patient
La cotation de base est majorée de 25% pour un examen effectué chez l'enfant de moins de trois ans.

Article premier : Mesures externes de la radioactivité (sans imagerie)

V100	Un site de mesure, un radiopharmaceutique quel que soit le nombre de mesure (la soustraction du bruit de fond est comprise dans la mesure)	30

Plusieurs sites de mesure au-delà du premier site, même radiopharmaceutique, une série de mesures au cours du temps :

V101	* Par site de mesure supplémentaire	10
V102	* Avec un plafond de	100
V103	Lorsque la mesure comporte l'enregistrement graphique simultané	10

	continu, quel que soit le nombre de tracés, en supplément	
V104	Cas particuliers : gammacardiographie, cotation globale	50

Article 2 : Explorations scintigraphiques morphologiques et fonctionnelles (imagerie**)**

Scintigraphie plane statique :

V105	* Par incidence	30
V106	* Avec un plafond, quel que soit le nombre d'organes, de	100
V107	Examen du corps entier par dispositif spécialisé	100
V108	Supplément pour quantification nécessitant le traitement informatique des données scintigraphiques	30
V109	Scintigraphie plane séquentielle et/ou étude dynamique quantitative nécessitant le traitement informatique des données scintigraphiques	150
V110	Tomoscintigraphie comportant la réalisation de plusieurs coupes tomographiques par caméra tomographique associée à un ordinateur	150

En cas de scintigraphie plane et de tomoscintigraphie d'un même organe, la cotation applicable est plafonnée à 150.

Si l'exploration comporte une répétition de l'examen à diverses reprises au cours de séances différentes, à la suite de la même injection d'un radiopharmaceutique, un coefficient de 1,5 est appliqué, quel que soit le nombre de reprises et de séances.

Si l'exploration d'un même organe comporte l'étude de deux fonctions différentes par deux radiopharmaceutiques, les deux examens sont considérés comme deux actes différents.

Section 2 : Mesures d'échantillon biologiques

V111	1° Mesure de radioactivité d'un échantillon biologique après administration d'un radiopharmaceutique, par exemple par la méthode de dilution isotopique	30

Après administration de deux radiopharmaceutiques, chacune des deux mesures donne lieu à application de la cotation ci-dessus

V112	2° Etude du taux de renouvellement ou de disparition d'une substance radioactive ou d'un élément figuré du sang	70
V113	3° En dehors des cas ci-dessus et dans le cadre d'une même exploration fonctionnelle, après administration au patient d'un corps ou d'une substance radioactif : mesure de radio-activité d'un échantillon biologique et quel que soit le nombre de mesures, plafond	6
V114	3° Lorsque l'étude complète du cycle métabolique d'une substance implique l'ensemble des calculs et l'établissement des courbes, les cotations du 1° et du 2° sont majorées par substance, de 50	
V115	Avec un plafond de 150	

Chapitre II : Utilisation thérapeutique des radioéléments en sources non scellées

V200	1 - Utilisation d'activités inférieures à 20 mCi, par application	40
V201	2 - Utilisation d'activités de 20 mCi à 100 mCi, quel que soit le fractionnement	100
V202	au-delà de 100 mCi et par fraction de 100 mCi, en supplément	100
V203	1° Traitement n'impliquant pas une surveillance médicale et dosimétrique par une hospitalisation en secteur radioprotégé	40
V204	2° Traitement nécessitant une surveillance médicale et dosimétrique durant plusieurs jours avec hospitalisation en secteur radioprotégé, quelle que soit l'activité administrée	100

Chapitre III : Investigations diagnostiques ne comportant pas l'administration au malade d'un radio-élément

V300	Dosage isolé	20	
V301	L'ensemble des dosages au cours de la même épreuve fonctionnelle	40	

Quatrième partie : Nomenclature des actes médicaux de radiologie vasculaire et d'imagerie interventionnelle

Titre I : Dispositions générales
Les dispositions générales de la présente nomenclature générale des actes professionnels les dispositions liminaires de la troisième partie (Nomenclature des actes médicaux utilisant les radiations ionisantes) et les dispositions de son titre 1er (Actes de radiodiagnostic), chapitre 1er (Dispositions générales), sont applicables aux actes médicaux inscrits à la présente nomenclature, sauf exceptions précisées dans le texte.

L'article 10 B des dispositions générale de la présente nomenclature s'applique aux actes cotés en K ou KC

Article 1er: Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués en salle d'imagerie

Pour chaque libellé ci-dessous les cotations sont forfaitaires (actes en K, et Z); ne peuvent être cotés en sus du forfait ni les suppléments pour numérisation, radiocinéma ou magnétoscope ni la cotation pour radioscopie de longue durée sous amplificateur de brillance, prévus à la troisième partie de la présente nomenclature.

Article 2 : Cotation des actes de radiologie vasculaire effectués au bloc opératoire

Les cotations en Z placées en regard de chaque libellé ne s'appliquent pas aux actes de radiologie vasculaire réalisés au bloc opératoire ; par dérogation aux dispositions de l'article 1er ci-dessus, l'utilisation d'un amplificateur de brillance numérisé avec soustraction au cours des actes de chirurgie vasculaire précisés ci-dessous réalisés au bloc opératoire donne lieu à une cotation Z 80.

Cette cotation d'angiographie numérisée de bloc opératoire en chirurgie vasculaire s'applique aux actes suivants :

* Angioplasties du titre III, chapitre 1er ;

* Artériographie de contrôle per-opératoire ;

* Mise en place d'une endoprothèse couverte en vue du traitement d'un anévrisme iliaque isolé.

Cette cotation Z 80 est globale et exclusive de toute autre cotation en Z.

Elle ne donne pas lieu à la majoration prévue à la troisième partie de la présente nomenclature générale des actes professionnels, titre 1er, pour les actes de radiodiagnostic effectués en salle d'opération.

Lorsque plusieurs actes sont effectués au cours d'une même séance opératoire, la cotation Z 80 ne peut s'appliquer qu'une fois.

Elle ne peut être cotée que si l'acte radiologique est matérialisé par un document, film ou épreuve et s'il est accompagné d'un compte rendu.

En l'absence de soustraction numérisée, seule la cotation Z 14,5 relative à la radioscopie de longue durée sous amplificateur de brillance peut être appliquée.

W	**Titre II : Radiologie vasculaire**	Kc	K	Z	K
					(AR)

Tous les examens de radiologie vasculaire ci-dessous sont effectués par cathétérisme faisant appel à la technique de Seldinger (sonde intra-artérielle ou intraveineuse guidée), sauf quand le libellé de l'examen précise la voie d'abord vasculaire.

Chapitre 1 : Angiographie, numérisée par voie veineuse

W100	Angiographie numérisée par voie veineuse, quels que soient l'abord veineux, le nombre de vaisseaux examinés et le nombre de séries	30	90

Cette cotation est globale et les images radiologique éventuellement obtenues au décours de l'examen (urographie intraveineuse) ne peuvent donner lieu à cotation supplémentaire.

Chapitre 2 : Thorax

W200	Contrôle angiographique d'un ou plusieurs pontages(s) mammaire(s) interne(s) par cathétérisme sélectif	100	160	30
W201	Contrôle d'un (ou plusieurs) pontage(s) mammaire(s) interne(s) par ponction directe humérale et injection rétrograde	50	90	30
W202	Aortographie thoracique globale, deux séries minimum	75	120	30
W203	Aortographie thoracique globale, associée à une aortographie globale de l'aorteabdominale, trois séries minimum	75	160	30
W204	Aortographie thoracique globale, associée à un cathétérisme sélectif d'une de ses branches, trois séries minimum	125	160	30
W205	Artériographie bronchique ou artériographie de la paroi thoracique avec cathétérisme des artères bronchiques, intercostales, mammaires internes, diaphragmatiques,	150	300	30

	selon les besoins et les dispositions anatomiques			
W206	Artériographie médullaire ou artériographie du rachis avec cathétérisme sélectif des artères intercostales et/ou lombaires	150	300	30
W207	Artériographie pulmonaire globale par injection dans l'oreillette droite ou dans le tronc de l'artère pulmonaire, avec ou sans prise de pressions, deux séries minimum	50	120	30
W208	Artériographie pulmonaire sélective ou hyper-sélective des branches de l'artère pulmonaire, avec ou sans prise de pressions, pour bilan d'embolie pulmonaire ou de malformations vasculaires artérielles pulmonaires, deux séries minimum	100	160	30
W209	Cavographie supérieure par ponction veineuse périphérique	45	90	
W210	Cavographie supérieure par cathétérisme quelle que soit la voie d'abord	50	90	
	La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de la pose d'une endoprothèse veineuse.			

Chapitre III : Tête et cou

W300	Artériographie globale de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques par injection dans l'aorte ascendante, trois séries minimum	75	120	30
W301	Artériographie de la crosse aortique, des troncs supra-aortiques et des vaisseaux intracrâniens, y compris éventuellement le temps de retour veineux, six séries minimum	75	160	30
W302	Artériographie de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques avec étude dynamique pour recherche et bilan d'un syndrome de la traversée thoraco-brachiale, quatre séries minimum	75	160	30
W303	Artériographie de la crosse aortique et des troncs supra-aortiques avec cathétérisme sélectif d'un ou plusieurs de ces troncs, quatre séries minimum	125	240	30
W304	Artériographie cérébrale par cathétérisme sélectif des quatre troncs cervicoencéphaliques (deux carotides, deux vertébrales), six séries minimum	150	300	30
W305	Artériographie cérébrale par ponction directe des deux vaisseaux : ponction directe de l'humérale droite et injection rétrograde, et ponction directe de la carotide primitive gauche, quatre séries minimum	75	240	30
W306	Artériographie de la tête et/ou du cou par cathétérisme super-sélectif de la carotide externe et de ses branches pour bilan de malformation ou de tumeur, quatre séries minimum	150	300	30
W307	Phlébographie cérébrale par micro-cathétérisme sélectif des veines intracrâniennes (sinus pétreux, sinus caverneux	150	250	30

Chapitre IV : Abdomen

W400	Aortographie abdominale globale, deux séries minimum	75	120	30
W401	Aortographie abdominale globale avec cathétérisme sélectif d'une ou plusieurs branches (rénales, hypogastriques) trois séries minimum	125	160	30
W402	Aortographie abdominale globale avec cathétérisme sélectif du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure, trois séries minimum	125	160	30
W403	Aortographie abdominale globale, avec cathétérisme du tronc coeliaque, de la mésentérique supérieure et de la mésentérique inférieure, quatre séries minimum	125	180	30
W404	Cavographie inférieure par ponction d'une veine périphérique ou de la veine fémorale, comportant une étude de l'axe veineux	45	90	
W405	Cavographie inférieure par cathétérisme	50	90	
W406	Phlébographie surrénalienne par cathétérisme sélectif, y compris les prélèvements veineux associés	125	150	30
W407	Phlébographie spermatique isolée	100	90	30
	La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de l'embolisation de la veine spermatique.			
W408	Cavernographie après ponction directe des corps caverneux	30	70	
W409	Phlébographie sus-hépathique par cathétérisme sélectif, une série par branche	100	150	30
W410	Portographie par cathétérisme du système porte par voie trans-hépatique, quelle que soit la voie d'abord (jugulaire ou ponction directe du foie)	150	260	30
	La cotation de cet acte n'est pas cumulable avec celle de la mise en place, d'un shunt porto-cave trans-hépatique.			

Chapitre V : Membres

W500	Aortographie abdominale globale avec étude des deux membres inférieurs, comportant des séries sur l'aorte abdominale, les artères iliaques et les artères des membres	125	180	30
W501	Artériographie d'un membre inférieur par ponction directe unilatérale	30	90	30
W502	Artériographie des deux membres inférieurs par ponction directe bilatérale	45	100	30
W503	Phlébographie d'un membre inférieur par ponction veineuse périphérique avec visualisation de la totalité du réseau veineux du membre	30	70	
W504	Phlébographie des deux membres inférieurs par ponctions veineuses périphériques avec visualisation de la totalité des réseaux veineux des deux membres	45	70	
W505	Bilan veineux complet des membres inférieurs pour pathologie veineuse complexe (récidive de varices ...) nécessitant plusieurs voies d'abord, des poses de garrots éventuelles et des clichés dans différentes positions	50	120	
W506	Artériographie d'un membre supérieur par ponction directe	50	90	30

	de l'artère humérale avec visualisation de la totalité de l'axe artériel du membre			
W507	Artériographie d'un membre supérieur, par cathétérisme sélectif rétrograde avec visualisation de la totalité de l'axe artériel du membre	100	120	30
W508	Artériographie des deux membres supérieurs par cathétérisme sélectif rétrograde avec visualisation de la totalité des axes artériels des deux membres	125	160	30
W509	Phlébographie d'un membre supérieur par ponction directe avec visualisation de la totalité du réseau veineux du membre	30	70	
W510	Phlébographie des deux membres supérieurs par ponction veineuse périphérique	45	70	
W511	Contrôle de fistule artérioveineuse d'hémodialyse du membre supérieur ou du membre inférieur, quelle que soit la voie d'abord	30	100	

X - Titre III : Radiologie interventionnelle

Chapitre 1 : Angioplasties

	On entend par angioplastie la dilatation endoluminale percutanée par ballonnet d'un vaisseau (artère ou veine) qu'elle s'accompagne ou non de la pose d'une endoprothèse.			
	Les cotations comprennent le temps radiologique de repérage et de contrôle.			
	Les cotations ci-dessous s'appliquent quelle que soit la longueur de la sténose artérielle pour un vaisseau			
X100	Angioplastie d'une artère sous clavière L'angioplastie de l'artère carotide ne peut donner lieu à cotation.	150	230	45
X101	Angioplastie d'une artère viscérale (rénale, tronc coeliaque, mésentérique supérieure, hypogastrique	170	230	45
X102	Angioplastie d'une artère iliaque	150	150	45
X103	Angioplastie d'une artère fémorale (fémorale commune, profonde, superficielle) et/ou poplitée	150	150	45
X104	Angioplastie du tronc tibio-péronier et/ou des artères de jambe	170	150	45
	Pour les deux actes ci-dessus concernant l'étage sous-crural, la cotation est unique quel que soit le nombre de sténoses dilatées.			
X105	Angioplastie d'une fistule artérioveineuse d'hémodialyse	100	100	
X106	Tentative d'angioplastie d'une artère sous clavière, viscérale ou périphérique, en cas de non-franchissement de la sténose	100	150	30

Chapitre II : Actes divers de radiologie vasculaire interventionnelle

	Les cotations ci-dessous comprennent le temps radiologique de repérage et de contrôle.			
X200	Sympathectomie chimique percutanée (injection à deux étages)	45	50	
X201	Thrombolyse, par mise en place d'un cathéter in situ par voie percutanée, d'une artère viscérale ou périphérique	150	250	45
X202	Thrombo-aspiration d'une artère périphérique par voie percutanée	100	150	45
X203	Mise en place d'une endoprothèse veineuse pour traitement d'une compression extrinsèque	100	90	45
X204	Mise en place par voie percutanée d'un filtre dans la veine cave inférieure	80	90	40
X205	Mise en place d'une endoprothèse couverte en vue du traitement d'un anévrisme iliaque isolé	190	150	70
	La mise en place d'une endoprothèse couverte pour un anévrisme aortique ne peut donner lieu à cotation.			
X206	Retrait isolé par voie endovasculaire d'un corps étranger (fragment de cathéter, morceau de sonde vasculaire endoprothèse ...), quelle que soit la localisation en dehors des cas nécessitant la mise en place d'une circulation extracorporelle	100	120	45
X207	Implantation d'un système diffuseur dans le système veineux central par cathétérisme percutané	50	30	
X208	Mise en place par voie transhépatique d'un shunt porto-cave, y compris la portographie transhépatique préalable	250	150	90
X209	Ponction-biopsie du foie par voie transjugulaire, y compris les injections de repérage éventuelles	50	30	
X210	Désobstruction par voie percutanée d'une fistule artérioveineuse d'hémodialyse	100	100	45

Chapitre III : Oblitérations vasculaires par embolisation

	On entend par embolisation le larguage, dans un territoire anatomique d'un ou plusieurs vaisseaux, de divers matériaux (colles, particules, spires, micro-ballonnets ...) après cathétérisme sélectif par voie percutanée.			
	La cotation de ces actes inclut les temps radiologiques de repérage et de contrôle			
X300	Embolisation des artères à destinée viscérale (thorax, abdomen, pelvis)	170	150	45
X301	Embolisation des artères des membres	170	150	45
X302	Embolisation des artères à destinée cervico-encéphalique ou médullaire	250	180	110
X303	Embolisation des vaisseaux intracrâniens	250	180	110
X304	Embolisation d'une fistule carotido-caverneuse	250	180	110
X305	Chimio-embolisation d'une tumeur hépatique	170	150	45
X306	Embolisation veineuse (veines viscérales ou veines des membres)	100	90	45

X307	Embolisation d'un varicocèle testiculaire, y compris le temps préalable de phlébographie spermatique	100	90	45
X308	Embolisation par ponction directe d'une malformation vasculaire (par séance de traitement)	50	90	

Chapitre IV : Radiologie interventionnelle du foie et du tube digestif

X400	Drainage biliaire externe par pose percutanée d'un cathéter après ponction hépatique transpariétale	60	50	30
X401	Drainage biliaire interne par intubation percutanée d'une sténose des voies biliaires, après ponction hépatique transpariétale, avec ou sans mise en place d'une endoprothèse dans la même séance	100	70	60
	La cotation de cet acte inclut l'éventuelle dilatation associée d'une (de) sténose(s) des voies biliaires, quelle que soit la technique.			
X402	Dilatation percutanée isolée, quelle que soit la technique, d'une (de) sténose(s) des voies biliaires, après ponction hépatique transpariétale, avec ou sans pose d'endoprothèse	100	50	60
X403	Mise en place percutanée isolée d'une endoprothèse biliaire dans un deuxième temps	60	50	
X404	Changement de cathéter ou d'endoprothèse biliaire, ou dilatation itérative de sténose(s) biliaire(s) bénigne(s)	30	50	
	La cotation des actes ci-dessus comprend le repérage et la réalisation éventuelle d'une opacification des voies biliaires et de clichés de contrôle immédiats.			
X405	Gastrostomie par voie percutanée	60	60	30
X406	Cholécystostomie par voie percutanée	60	60	30
X407	Extraction de corps étrangers de l'oesophage sous contrôle fluoroscopique, y compris l'opacification éventuelle de l'oesophage	20	30	

Chapitre V : Radiologie Interventionnelle Ostéo-Articulaire

X500	Ponction-aspiration-lavage de calcifications de l'épaule	20	30	
X501	Résection d'une tumeur osseuse bénigne (ostéome ostéoïde), sous contrôle tomodensitométrique	100	50	45
	La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage.			
X502	Ponction biopsie d'un os profond (vertèbre, bassin ...), sous contrôle tomodensitométrique	20	30	
	La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage.			
X503	Cémentation vertébrale sous contrôle radiologique pour tassement métastatique ou ostéoporotique	60	50	
X504	Cémentation d'un os long ou du cotyle sous contrôle radiologique	60	50	

X505	Chimio-nucléolyse percutanée pour hernie discale lombaire, y compris la discographie associée	40	80	
X506	Ponction-lavage de disque pour recherche de germes pour bilan d'une spordylodiscite	20	50	

Chapitre VI : Actes divers de radiologie interventionnelle

X600	Drainage percutané sous contrôle fluoroscopique ou tomodensitométrique d'un abcès ou d'une collection du foie, de la cavité péritonéale ou de l'espace rétropéritonéal, du pelvis ou du parenchyme pulmonaire	60	30	30
	La cotation de cet acte est cumulable avec celle d'un scanner de repérage.			
X601	Changement de drain percutané sous contrôle fluoroscopique ou tomodensitométrique	30	30	
X602	* Néphrostomie percutanée unilatérale	80	50	30
X603	* Néphrostomie percutanée bilatérale	120	80	45
X604	Mise en place, après ponction percutanée des cavités pyélo-calicielles, d'une sonde à demeure dans les voies excrétrices urinaires	80	50	
X605	Dilatation tubaire uni ou bilatérale sous contrôle radiographique, y compris les clichés de contrôle	50	50	
X606	Manoeuvres intratubaires uni ou bilatérales après cathétérisme de la trompe sous contrôle radiologique, y compris les clichés de contrôle	50	50	
X607	Macrobiopsie de lésion(s) de la glande mammaire de grade ACR 3 associé à un facteur de risque particulier (antécédents familiaux de cancer du sein, traitement hormonal substitutif ..), ACR 4 ou ACR 5 assistée par le vide par voie transcutanée avec guidage radiologique, sur table dédiée. L'indication doit être posée par une unité de concertation pluridisciplinaire	40	80	

Y - Titre IV : Cardio-radiologie invasive diagnostique et interventionnelle

Chapitre 1 : Cardio-Radiologie Diagnostique

Y100	Coronarographie diagnostique (quelle que soit la voie d'abord) comportant le cathétérisme gauche avec prises de pressions, la ventriculographie gauche, l'injection des deux coronaires, l'étude éventuelle de la mammaire interne et de l'aorte sussigmoïdienne	150	300	45
Y101	Coronarographie diagnostique en l'absence de ventriculographie gauche	150	280	45
Y102	Coronarographie de contrôle d'une chirurgie de revascularisation comprenant une coronarographie diagnostique telle que décrite ci-dessus et une angiographie par cathétérisme sélectif des greffons veineux et/ou artériels, libres ou pediculés	150	400	45

Y103	Contrôle angiographique d'un ou plusieurs pontage(s) mammaire(s) interne(s) par cathétérisme sélectif	100	160	30
Y104	Contrôle angiographique isolé de la revascularisation (par angioplastie ou par pontage) d'une artère coronaire	100	160	30

Chapitre II : Cathétérismes

Y200	Cathétérisme du coeur droit avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques, et prélèvement éventuel d'échantillons sanguins pour dosage(s) et mesure éventuelle du débit cardiaque, sous contrôle radioscopique de longue durée par amplificateur de brillance	50	14,5	30
Y201	Cathétérisme du coeur gauche par voie artérielle périphérique avec lecture et enregistrement des pressions, des tracés électriques, prélèvement éventuel d'échantillons sanguins pour dosage(s), sous contrôle radioscopique de longue durée par amplificateur de brillance	75	14,5	30
Y202	Supplément pour biopsie endomyocardique	30		
Y203	Cette cotation est cumulable avec celle du cathétérisme correspondant.			
Y204	Cathétérisme des coeurs droit et gauche au cours d'une même séance, avec une ou plusieurs voies d'abord	125	14,5	45
Y205	Cathétérisme du coeur droit, tel que défini ci-dessus avec ventriculographie droite isolée	50	120	30
Y206	Cathétérisme du coeur gauche tel que défini ci-dessus avec ventriculographie gauche isolée	75	120	30
Y207	Cathétérisme du coeur droit tel que défini ci-dessus avec angiocardiographie globale, quels que soient le site et le nombre des injections	50	150	30
Y208	Cathétérisme des coeurs droit et gauche au cours d'une même séance, avec une ou plusieurs voies d'abord, associé à une angiocardiographie comportant des injections sélectives dans les différentes cavités cardiaques, l'artère pulmonaire, l'aorte sussigmoïdienne avec un minimum de deux injections sélectives	125	180	45

Chapitre III : Angioplasties Des Vaisseaux Coronaires

.	On entend par angioplastie la dilatation endoluminale percutanée, qu'elle s'accompagne ou non de la pose d'une endoprothèse			
	On entend par vaisseau coronaire :			
	- le tronc commun de l'artère coronaire gauche ;			
	- l'artère interventriculaire antérieure et ses branches ;			
	- l'artère circonflexe et ses branches ;			
	- l'artère coronaire droite et ses branches ; ainsi que les pontages artériels et veineux			
	La cotation de l'angioplastie s'applique à chacun des			

	vaisseaux ainsi définis.			
Y300	Angioplastie d'un vaisseau coronaire	190	250	45
Y301	Angioplastie de deux vaisseaux coronaires ou plus, que la procédure soit réalisée au cours d'une ou plusieurs séances pendant la même hospitalisation	285	300	70

Y302	Coronarographie diagnostique telle que définie plus haut et angioplastie d'un vaisseau coronaire dans la continuité d'une même séance	190	75	450	70
Y303	Coronarographie diagnostique telle que définie plus haut et angioplastie de deux vaisseaux coronaires ou plus dans la continuité d'une même séance	285	75	450	100
	Les deux cotations ci-dessus ne sont pas applicables lorsque l'indication de l'angioplastie a été posée sur un examen coronarographique préalable, elles résultent pour les actes en K de l'application de l'article 11 B de la première partie de la présente nomenclature générale des actes professionnels.				
Y304	Supplément pour thrombolyse intra-coronaire	50			
Y305	Tentative d'angioplastie d'un vaisseau coronaire, en cas de non-franchissement de la sténose	100	150	30	

Chapitre IV : Actes divers de cardiologie interventionnelle

Y400	Miseen place d'une contre-pulsion diastolique par ballonnet intra-aortique posé par voie percutanée	100	14,5	60
Y401	Valvuloplastie aortique par voie percutanée (dilatation de la voie aortique en région sous-valvulaire, sus-valvulaire ou valvulaire)	190	120	110
Y402	Valvuloplastie d'une valve du coeur droit (tricuspide ou pulmonaire) de l'artère pulmonaire ou de ses branches, ou de prothèses du coeur droit	190	120	110
Y403	Valvuloplastie mitrale par voie percutanée	220	120	110
Y404	Embolisation ou fermeture par une autre technique d'une fistule ou d'un anévrisme coronarien, d'une fistule ou d'un anévrisme coronaropulmonaire ou coronarobronchique	190	120	110

Chapitre V : Cardiologie pédiatrique

Y500	Cathétérisme diagnostique chez le nouveau-né ou le nourrisson de moins de vingt quatre mois, comprenant un cathétérisme droit et gauche, quel que soit le nombre de voies d'abord, avec enregistrement-lecture des pressions, exploration des cavités et des vaisseaux accessibles, mesure de saturation en oxygène et réalisation d'angiographies	150	200	50
Y501	Manoeuvres thérapeutiques intra-cardiaques chez l'enfant	190	200	100

	par cathétérisme, quelles que soient les modalités			
Y502	Manoeuvres thérapeutiques intra-cardiaques par cathétérisme chez le nouveau-né et le nourrisson de moins de vingt-quatre mois, quelles que soient les modalités	285	200	120
	Les manoeuvres thérapeutiques intra-cardiaques par cathétérisme chez l'enfant comprennent notamment l'atrio-septostomie par ballon ou lame, les valvuloplasties par ballonnet en dehors de la mitrale, les angioplasties par ballonnet, la fermeture des défects congénitaux (y compris le canal artériel), l'embolisation des vaisseaux anormaux ou fistules, les dilatations et pose de stents sur les vaisseaux cardiaques			

Chapitre VI : Rythmologie interventionnelle diagnostique et thérapeutique
Article1er: Actes diagnostique

Y600	Exploration de la conduction intra-cardiaque comprenant l'enregistrement du potentiel hisien, l'exploration de la conduction auriculo-ventriculaire et de l'automatisme sinusal	90	14,5
Y601	Exploration des tachycardies comportant le déclenchement et/ou l'arrêt des crises, la détermination de leur nature (auriculaire ou ventriculaire ou jonctionnelle) et de leur point d'origine (voie de conduction anormale, zone arythmogène)	120	25

Article2 : Actes thérapeutiques

Y602	Stimulation auriculaire par voie transoesophagienne à visée thérapeutique en établissement de soins disposant de matériel de réanimation	40		
	Ablation par radiofréquence de structures intra-cardiaques (voie de conduction normale ou anormale, zone arythmogène) :			
Y603	* En cas de cathétérisme droit	180	150	30
Y604	* En cas de double cathétérisme droit et gauche	220	150	45
Y605	Primo-implantation d'un stimulateur cardiaque définitif monochambre	110	14,5	30
Y606	Primo-implantation d'un stimulateur cardiaque définitif double chambre (restaurant la synchronisation auriculo-ventriculaire)	130	25	30
Y607	Changement de boîtier simple	50		
Y608	Remplacement d'un pacemaker monochambre par un pacemaker double chambre	120	14,5	30
Y609	Extraction de sonde de stimulateur implanté, en cas d'infection, dans un centre disposant d'une possibilité de chirurgie thoracique ou cardiaque	150	25	45

Cinquième partie : Nomenclature des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques

Z - Chapitre I : Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements biopsiques (uniques ou multiples), quel que soit le nombre de fragments

	Définition du prélèvement biopsique : c'est un prélèvement in vivo, d'un fragment d'organe de tissus ou de néoplasme, dans le but de le soumettre à un examen histologique ; il s'agit d'un prélèvement n'emportant pas la lésion dans sa totalité	100
	Cette cotation est applicable en cas de prélèvement biopsique unique ou en cas de prélèvements biopsiques multiples non individualisés :	
Z100	Biopsie cutanée ;	100
Z101	Biopsie du col utérin ;	100
Z102	Biopsie de l'endomètre (est exclu l'examen des dispositifs intra-utérins) ;	100
Z103	Biopsie rectocolique ;	100
Z104	Biopsie d'intestin grêle (duodénum, jéjunum, iléon) ;	100
Z105	Biopsie osseuse;	100
Z106	Biopsie prostatique ;	100
Z107	Biopsie gastrique ;	100
Z108	Biopsie hépatique ;	100
Z109	Biopsie rénale ;	100
Z110	Biopsie laryngée ;	100
Z111	Biopsie bronchique (une cotation par côté) ;	100
Z112	Biopsie amygdalienne (une cotation par côté) ;	100
Z113	Biopsie testiculaire (une cotation par côté)	100
Z114	Biopsie vésicale ;	100

Chapitre II : Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements biopsiques étagés effectués au niveau de plusieurs zones de voisinage et nécessitant l'individualisation des prélèvements (cette individualisation doit apparaître dans le compte-rendu)

	Cette cotation est applicable à l'examen de plusieurs prélèvements biopsiques effectués sur un même organe au niveau de plusieurs zones de voisinage, dont la localisation respective est précisée par le préleveur et qui sont individualisés :	130
Z200	Biopsies laryngées à plusieurs niveaux ;	130
Z201	Biopsies oesophagiennes à plusieurs niveaux ;	130
Z202	Biopsies gastriques à plusieurs niveaux ;	130
Z203	Biopsies duodénales à plusieurs niveaux ;	130
Z204	Biopsies du col utérin multiples et repérées ;	130
Z205	Biopsies recto-coliques-étagées ;	130

Z206	Biopsies bronchiques sur plusieurs troncs : l'arbre bronchique droit et l'arbre bronchique gauche font chacun l'objet d'une cotation séparée	130

Chapitre III : Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire intéressant un organe

	Définition d'une pièce opératoire : c'est le produit d'exérèse d'une lésion dans sa totalité par ablation partielle ou totale d'un organe	120
Z300	Appendicectomie ;	120
Z301	Ovariectomie ;	120
Z302	Salpingectomie ;	120
Z303	Sympathectomie ;	120
Z304	Ablation d'un kyste synovial ;	120
Z305	Synoviectomie ;	120
Z306	Vagotomie unilatérale ou bilatérale ;	120
Z307	Exérèse de la jonction pyélo-urétérale ;	120
Z308	Epididymectomie ;	120
Z309	Exérèse d'une lésion osseuse ;	120
Z310	Ablation d'hémorroïdes ;	120
Z311	Gastrectomie simple (totale ou partielle) ;	120
Z312	Ablation de végétations adénoïdes ;	120
Z313	Amygdalectomie ;	120
Z314	Ablation d'une lésion cutanée unique (naevus, pendulum, épithélioma baso-cellulaire....)	120
Z315	Ablation d'un polype digestif unique (complet ou fragmenté) ;	120
Z316	Ablation d'un polype vésical unique ;	120
Z317	Ablation d'un polype unique du col utérin (complet ou fragmenté) ;	120
Z318	Hystérectomie totale ou subtotale sans les annexes ;	120
Z319	Cholécystectomie (y compris le ganglion du collet) ;	120
Z320	Pulpectomie testiculaire bilatérale ;	120
Z321	Splénectomie ;	120
Z322	Néphrectomie simple ;	120
Z323	Parotidectomie ;	120
Z324	Thyroïdectomie totale ou partielle ;	120
Z325	Lobectomie pulmonaire simple (une cotation par côté) ;	120
Z326	Un ganglion ou une chaîne ganglionnaire (une chaîne ganglionnaire est assimilée à un organe) ;	120
Z327	Tumorectomie simple (adénome du sein...) ;	120
Z328	Pour les organes pairs, une cotation par côté.	120

Chapitre IV : Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe de prélèvements

provenant d'une résection ou d'un curetage effectue par voie endoscopique ou endocavitaire (quelque soit le nombre de fragments)

Z400	Résection vésicale ;	120
Z401	Curetage endo-utérin ;	120
Z402	Curetage de l'endomètre ;	120

Chapitre V : Diagnostic histopathologique, par inclusion et coupe d'une pièce opératoire complexe ou de prélèvements nécessitant l'application d'un protocole complexe validé

	Définition d'une pièce opératoire complexe : c'est le produit d'exérèse d'une lésion nécessitant l'ablation d'organes de voisinage (une chaîne ganglionnaire est assimilée à un organe) :	
Z500	Pièce opératoire et chaînes ganglionnaires satellites ;	220
Z501	Annexectomie utérine (ovaire + trompe)	220
Z502	Hystérectomie totale avec les annexes ;	220
Z503	Hystérectomie totale élargie aux paramètres et chaînes ganglionnaires satellites ;	220
Z504	Gastrectomie et chaînes ganglionnaires satellites ;	220
Z505	Ablation de polypes digestifs étagés et individualisés ;	220
Z506	Colectomie et chaînes ganglionnaires satellites ;	220
Z507	Duodéno- pancréatectomie ;	220
Z508	Pancréatectomie caudale et splénectomie	220
Z509	Exérèse simultanée de plusieurs viscères intéressés par le même processus pathologique (exemple : gastrectomie + colectomie partielle + pancréatectomie) ;	220
Z510	Mammectomie et curages ganglionnaires (une cotation par côté) ;	220
Z511	Laryngectomie et chaînes ganglionnaires satellites ;	220
Z512	Pneumonectomie et lobectomie pulmonaire multiple ;	220
Z513	Thyroïdectomie totale et chaînes ganglionnaires satellites ;	220
Z514	Bilan d'extension des lymphomes (Hodgkin, lymphomes non hodgkiniens)	220
Z515	Néphro-urétérectomie ;	220
Z516	Néphro-urétérectomie, surrénalectomie et ganglions satellites ;	220
Z517	Cystoprostatectomie et curages ganglionnaires ;	220
Z518	Orchiépididymectomie (une cotation par côté) ;	220
Z519	Orchiépididymectomie avec curages ganglionnaires (une cotation par côté) ;	220
Z520	Tumorectomies cutanées multiples (deux ou plusieurs naevi), quel qu'en soit le nombre et la ou les localisations ;	220
Z521	Prélèvements avec protocole complexe ;	220
Z522	Colonisation du col utérin ;	220
Z523	Exérèse mammaire pour lésions infracliniques ;	220

Z524	Prostatectomie simple ou radicale, avec ou sans vésicules séminales et curages ganglionnaires ;	220
Z525	Résection endoscopique de prostate ;	220
Z526	Biopsies de prostate (> à 5 biopsies individualisées) ;	220
	Les examens anatomopathologiques portant sur le placenta, le cordon ou le foetus ne peuvent être considérés comme des examens nécropsiques au sens habituel du terme. En effet la finalité de ces examens s'inscrit dans une analyse des causes immédiates de la pathologie de la mère, pour prévenir d'autres anomalies lors d'une grossesse ultérieure.	
	Dans ce sens, ces examens concernent la mère au même titre que des examens de biologie médicale ou anatomopathalogiques ayant la même finalité (dosages hormonaux, biopsie de l'endomètre, etc.).	
	Dans ces conditions, la cotation de l'examen n° 0008 est applicable aux actes suivants :	
Z531	Examen du placenta complet avec cordon et membranes ;	300
Z532	Examen anatomopathologique complet du foetus	300
Z533	Pratique d'examen extemporané sur un ou plusieurs organes et contrôle histopathologique ultérieur, par inclusion et coupe des prélèvements examinés extemporanément	300
	Cette cotation n'exclut pas, le cas échéant, une des cotations 0006 ou 0008, pour les prélèvements d'organes effectués au cours de la même intervention	
	Le compte rendu doit préciser qu'il s'agit d'une exérèse supplémentaire dont la nécessité n'a pu apparaître qu'au cours de l'intervention	
Z534	L'application des cotations 0006 et 0008 en sus du P 300 est soumise aux P 300 conditions suivantes : le compte rendu d'examen doit indiquer explicitement (outre la nature et le résultat de l'examen extemporané du ou des organes ainsi que le résultat du contrôle histopathologique ultérieur)	300
	a) Qu'il s'agit d'une exérèse complémentaire d'une pièce opératoire autre que celle ayant fait l'objet de l'examen extemporané	
Z535	Diagnostic cytopathologique gynécologique provenant d'un ou plusieurs prélèvements effectués à des niveaux différents	55

Chapitre VI : diagnostic cytopathologique sur liquides, épanchements, écoulements, lavages, expectorations, aspirations, brossages, appositions, grattages.

Z600	Pour les organes pairs, une cotation par côté.	100
	Ces examens doivent entrer dans le champ d'un acte diagnostique ou de suivi thérapeutique et ne peuvent pas être effectués à titre systématique.	
Z601	Diagnostic cytopathologique sur ponction ganglionaire ou tumorale, ponction d'organe.	120
	Une seule cotation quelle que soit la technique (étalements et/ou inclusion). Pour les organes pairs, une cotation par côté.	

Chapitre VII : Diagnostic cytopathologique de prélèvements effectués par ponction au niveau de plusieurs zones de voisinage nécessitant l'individualisation des prélèvements

Z701	Examen immunohistochimique sur coupes en paraffine ou en résine (quel que soit le nombre d'anticorps employés	200
Z702	Examen immunohistochimique sur coupes à congélation quel que soit le nombre d'anticorps employés	300

Pour ces deux derniers examens, les cotations :
ne sont pas applicables à des étalements sur lame ;
ne concernent pas les techniques d'hybridation in situ, de cytométrie en flux ils doivent faire l'objet d'un compte rendu spécifique intégré ou non dans le compte rendu de l'examen histologique standard.

Le compte rendu d'immunohistochimie doit comporter quatre rubriques clairement individualisées :

1. Précisions quant à la technique utilisée ;
2. Nom des anticorps utilisés ;
3. Résultats de l'examen ;
4. Conclusions.