



Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

الوكالة الوطنية للتأمين الصحي Agence Nationale de l'Assurance Maladie

26, avenue de France, Agdal, 10000 Rabat, Maroc • المغرب • الرباط، 10000 أكدال، شارع فرنسا، 26
الموقع الإلكتروني : www.assurancemaladie.ma • الفاكس : (212) (0) 37 68 79 68 • الهاتف : (212) (0) 37 68 79 60

**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 k10/2 et 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^o 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^o 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 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) : $V \times 1,5$

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

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

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

- Visite en consultation avec un confrère : $V_s \times 1,5$ ou $V_{NPSY} \times P$
- Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux médecins :

* pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : $C_s \times 1$ ou $C_{NPSY} \times 1$

* pour le second médecin : $V_s \times 1$ ou $V_{NPSY} \times 1$

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

Ces honoraires forfaitaires de surveillance ne sont accordés que dans la mesure où le nombre de médecins de l'établissement assurant la surveillance constante dans cet établissement est au moins 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^o au 20^o jour :

* C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin ;

* C x 0,40 par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux.

- Au-delà du 20^e 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 cotés 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-ptisiologue 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
A108	Omoplate	10

2 - membre inférieur

A109	Avant-pied, tarse antérieur,	20	
A110	Astragale-calcaneum	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	Scaphoïde, 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, calcaneum, 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 transcotyloïdiennes :		
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 cm ²	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 : $150 K + (3/4 \times 120 K) + (1/2 \times 100 K) = 290 K$,

pour l'anesthésiste : $K 70 + (3/4 \times K 60) + K 25 = 127,5 K$.

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 cm ²	15	
C115	* de 10 cm ² à 50 cm ²	30	
C116	* de 50 cm ² à 200 cm ²	50	30
C117	* au-dessus de 200 cm ² , par multiple de 200 cm ² 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	1 ^{er} 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	1 ^{er} temps		30
C131	les autres		25
C132	Autoplastie par lambeau bipédiculé tubulé, chaque temps opératoire (avec maximum K 200)	40	
C133	* 1 ^{er} 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
	Epiploplastie 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 épidermiques, par	5	

	séance		
C141	Ablation ou destruction de tumeurs bénignes cutanées sous-cutanées ou sous-aponévrotiques, quelle que soit la dimension ou la technique employée	10	
C142	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 verrues 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 périunguérales ou de petites tumeurs sous-unguérales (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 cm ²		20
C160	* de 4 à 8 cm ²		30
C161	* plus de 8 cm ²		50
	La surface à prendre en compte est celle de la lésion		
	Exérèse de tumeurs cutanées malignes :		
C162	* moins de 4 cm ²		20

C163	* de 4 à 8cm ²	30
C164	* plus de 8 cm ²	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 cm ²	
C167	* lésion de 4 cm ² 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 cm ²	10	
C172	* au-dessus de 8 cm ²	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'alopecie 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 cm ²	18
C183	* Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	6
	Cotation supplémentaire :	
	Pour utilisation d'un laser à colorant pulsé :	
C184	* Pour un passage sur une surface intérieure ou égale à 30 cm ²	20
C185	* Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	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 cm ²	7
C187	* Au-delà de 30 cm ² , par surface supplémentaire de 10 cm ²	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-pédiéux, 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 intra-artérielle guidée (excoronarographie, myélographie, ect)	100	30
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 anévrysmes 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-biliaque	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 I ^{er} (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 récurrence, 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, équilibre du métabolisme, prévention de complications graves, traitement d'une détérioration sévère de l'état nutritionnel), par séance de vingt-quatre heures, pour une période d'un mois, renouvelable sur accord préalable	10

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 et sus-claviculaire en un temps	120	70

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	50	
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 fongicide, aux états prémycosiques et parapsoriasis, 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
Aeви 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 récurrence 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, analgésiques, 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 voie 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 1^{er}, 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 péri-dural : 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 1^{er} 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 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 aplasie 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	Fénelation, 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	30	

	substance plastique		
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 récurrences 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 lésion 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 ethmoïdo-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	80	30

	musculocutanée, quelle que soit la technique		
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	* 1 ^{er} 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	30	

	moins après l'opération principale		
--	------------------------------------	--	--

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 traitement éventuel des complications	30	
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'hypopharynx 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 électrocoagulation 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
	Ostéotomie 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

Article 4 :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 intramaxillaire 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
	Pulpectomie coronaire et radiculaire avec obturation des canaux et soins consécutifs à une gangrène pulpaire (traitement global) :	
D704	- Groupe incisivo-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 1 ^{re} et 2 ^e 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 couronne est sous-muqueuse	20	
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	* Étendue à la crête d'un hémimaxillaire ou de canine à canine	15	
D737	* Étendue 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. Il 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. - Electrogustométrie

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 assimilés 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 1^{er} - 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 1^{er} 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 intradermique 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 radiothérapeutiques, 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 endolaryngée 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 minor e 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 isol�es chez des personnes ne présentant pas d'affection neurologique, par séance	5
E227	Rééducation des troubles de l'articulation li�es à des déficiences perceptives, troubles de la phonation des divisions palatines et des insuffisances vélaires, par séance	
E228	Rééducation des troubles de l'articulation li�es 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	15

	compris en cas d'implantation cochléaire, par séance	
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	Corpectomie 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 qu e 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 cet Article se cumulent pas avec ceux de l'Article premier 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