

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article premier

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

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

Article 2. - Lettres clés et coefficients

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

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

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

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

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

CS - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié. »

APC - Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet du médecin spécialiste

APV - Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade

APY - Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue

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

APU - Avis ponctuel de consultant pour une consultation d'un professeur des universités-praticien hospitalier

CCP – Consultation de contraception et de prévention

U03 - Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste

U45 - Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste

COE – Consultation obligatoire de l'enfant

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

CNPSY - Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié.

CDE - Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie.

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

TC - Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin non généraliste ou non spécialiste en médecine générale dit « téléconsultant »

TE1 – Acte de téléexpertise de niveau 1 d'un médecin sollicité par un autre médecin

TE2 – Acte de téléexpertise de niveau 2 d'un médecin sollicité par un autre médecin

RNO – Réalisation d'un bilan visuel à distance dans le cadre d'un protocole de délégation entre l'ophtalmologue et l'orthoptiste

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

VL – Visite très complexe réalisée au domicile du patient

VS - Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié, le médecin spécialiste qualifié en médecine générale ou le chirurgien–dentiste spécialiste qualifié.

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

K– Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin (selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05).

KMB – Prélèvement par ponction veineuse directe réalisée par le médecin biologiste.

Z - Actes utilisant les radiations ionisantes pratiqué par le médecin (selon les dispositions de l'article III-1 du Livre III de la décision UNCAM du 11/03/05) ou le chirurgien-dentiste.

ORT - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin.

TO - Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le chirurgien-dentiste.

SP : séance de suivi ou d'entretien postnatal réalisé par la sage-femme.

SF - Actes pratiqués par la sage-femme.

SFI - Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme.

AMS - Actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques effectué par le masseur-kinésithérapeute.

AMK - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute au cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé.

AMC - Actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le malade y a élu domicile, autre que ceux qui donnent lieu à application de la lettre clé AMK.

AMI - Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière, à l'exception des actes infirmiers de soins qui donnent lieu à application de la lettre clé AIS.

AIS - Actes infirmiers de soins. La lettre clé AIS est applicable aux séances de soins infirmiers et aux gardes au domicile des malades.

DI – Bilan de soins infirmiers.

AMP - Actes pratiqué par le pédicure.

POD : acte de prévention pratiqué par le pédicure-podologue

AMO - Actes pratiqué par l'orthophoniste.

AMY - Acte pratiqué par l'orthoptiste.

BSA – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «légère»

BSB – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «intermédiaire»

BSC – Forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant ayant une charge en soins dite «lourde»

IFI – Indemnité forfaitaire infirmier applicable dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant relevant du dispositif défini à l'article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP ou de la prise en charge d'un patient par un infirmier de pratique avancée dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP

PAI - Forfait pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée

AMX – acte pratiqué par l'infirmier ou l'infirmière, applicable aux soins réalisés à domicile pour les patients dépendants en sus des séances ou des forfaits

2. Coefficient.

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

Article 2 bis - Majoration du médecin spécialiste (modifiée par les décisions UNCAM du 06/12/05, 07/03/07, 18/01/10, du 26/12/12, du 08/04/13, du 25/09/13, du 24/03/17, du 24/01/18 et du 29/04/20)

Lorsque le médecin spécialiste hors spécialiste de médecine générale dont la spécialité est listée à l'annexe 1 de l'Arrêté en vigueur relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine, est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation à une majoration dénommée MPC dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Par dérogation, les médecins spécialistes hors spécialiste de médecine générale qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents au sens des 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 peuvent bénéficier de la majoration MPC dès lors qu'ils facturent leur consultation au tarif opposable ou qu'ils adhèrent aux options de pratique tarifaire maîtrisée définies aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée.

La valeur en unité monétaire de cette majoration, qui fait l'objet d'une différenciation en fonction de la spécialité du médecin, est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés mentionnées à l'article 2.

La majoration MPC mentionnée ci-dessus ne s'applique pas à la consultation prévue à l'article 15-1 (Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires) des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels.

Elle n'est pas cumulable avec la visite et les majorations NFE, NFP et MEP définies aux articles 14.6.1, 14.6.2 et 14.6.3 de la NGAP.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 39.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Article 3 - Notation d'un acte

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

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

1. la lettre clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute ;
2. immédiatement après le coefficient fixé par la Nomenclature.

Article 4. - Remboursement par assimilation modifié suite au décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01)

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

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

2. *Lorsqu'un acte ne figure pas à la Nomenclature en raison de l'évolution des techniques médicales, les ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Agriculture peuvent, sur proposition le cas échéant des caisses nationales d'Assurance Maladie compétentes, autoriser son remboursement par*

application d'une cotation provisoire qu'ils déterminent pour une période de un an renouvelable. Le remboursement de cet acte est subordonné à l'accomplissement des formalités d'accord préalable, comme il est indiqué à l'article 7 ci-après. Le délai prévu au paragraphe C dudit article est, dans ce cas, porté à quinze jours, l'expiration de ce délai devant être considérée comme un assentiment à la demande d'assimilation

Article 5 - Actes donnant lieu à prise en charge ou remboursement (modifiée par la décision UNCAM du 29/09/22)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sont exclus les patients :

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

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

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

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

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

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

Article 7 - Accord préalable [modifiée par décret n° 2001-492 du 06/06/01 (JO du 10/06/01) et décret n° 2001-532 du 20/06/01 (JO du 22/06/01), décision UNCAM du 02/10/12, du 15/10/13, du 20/12/19]

« Article 7 - Accord préalable »

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

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

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

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

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

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

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

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

Lorsqu'un accord est exigé, en application du présent article, préalablement au remboursement d'un acte ou d'un traitement par un organisme de sécurité sociale, le silence gardé pendant plus de quinze jours par cet organisme sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 8 - Acte global et actes isolés

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

A. Acte global

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

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

Par contre, ces coefficients ne comprennent pas notamment :

- les honoraires dus éventuellement au praticien traitant assistant à l'intervention, qu'il y ait participé ou non ;
- les actes de radiologie et les analyses médicales nécessités par l'état du malade ;
- les frais de déplacement du médecin, lorsque celui-ci est appelé à se déplacer à l'occasion des soins consécutifs à l'intervention ;
- la fourniture des articles de pansement.

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

B. Acte isolé

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 11 - Actes multiples au cours de la même séance (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, 05/02/08, 08/10/08, 02/10/12, 21/03/13, 15/10/13, 18/04/14, 17/06/15, 18/07/19)

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

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

Exception :

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

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

1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre. Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les conditions de cumul de l'AIS avec un acte en AMI sont limitatives et définies au Titre XVI - chapitre I - article 11 - § 2 et 4.

Les actes en AMO ne sont pas cumulables entre eux selon le Titre IV - Chapitre II - article 2.

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

- A. Lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature sous une forme globale comprend en réalité plusieurs interventions successives (actes en plusieurs temps), le médecin ne signe la feuille de maladie que lorsque les différents temps de l'intervention sont terminés. Dans le cas où ces interventions auront été interrompues, il indique la quotité partielle de celles effectuées.

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

- B. Lorsqu'un traitement comportant une série d'actes répétés est coté dans la nomenclature sous une forme globale, il doit être inscrit sur la feuille de maladie uniquement sous cette forme et ne peut être décomposé en actes isolés.
- C. Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a été effectuée en plusieurs temps, le coefficient global ne subit aucune majoration, sauf indication contraire portée à la nomenclature.

Article 13. - Frais de déplacement pour actes effectués au domicile du malade (modifié par décision UNCAM du 20/03/12, 10/09/15, 18/07/19 ,13/02/20, du 12/11/20 et du 28/03/22)

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

A) Indemnité forfaitaire de déplacement (IFD)

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

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

- à la visite au domicile du malade effectuée par le médecin généraliste et désignée par la lettre clé V ;
- si au sein du même domicile, l'infirmier intervient au cours du même passage sur un ou plusieurs patients ayant des soins relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales.

B) Indemnité spéciale de dérangement (ISD)

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

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

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

L'indemnité spéciale de dérangement ne peut se cumuler ni avec l'indemnité horokilométrique prévue au paragraphe C de l'article 13 ni avec les majorations prévues à l'article 14 pour les actes effectués la nuit ou le dimanche.

C) Indemnité horokilométrique (IK)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les modalités de l'abattement sont les suivantes :

-jusqu'à 299 kilomètres cumulés inclus, aucun abattement n'est appliqué ;

-à partir de 300 kilomètres et jusqu'à 399 kilomètres cumulés, bornes incluses, un abattement de 50% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturées est appliqué ;

-à partir de 400 kilomètres cumulés inclus, un abattement de 100% du tarif du remboursement de ces indemnités kilométriques facturés.

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

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

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

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

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

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

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

D) IFI – Indemnité forfaitaire infirmier

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

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

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

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

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

- l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1, s'il intervient sur un seul patient ;
- si plusieurs personnes sont concernées par ces types de soins, l'infirmier facture un acte IFI de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0,01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage ;
- si au sein d'un même domicile, l'infirmier intervient également sur des patients ayant des soins autres que ceux relevant d'une prise en charge définie dans l'article 23.3 des dispositions générales, seules les indemnités forfaitaires de déplacement (IFI avec coefficient) sont facturées pour les patients dépendants concernés, de la manière décrite précédemment. Pour les autres patients, l'infirmier ne facture aucun frais de déplacement.

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

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

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

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

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

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

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 chirurgiens-dentistes et les sages-femmes (modifié par décision UNCAM du 05/02/08)

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

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

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

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

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

- Actes de nuit

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

- Actes du dimanche et jours fériés légaux.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 14.1.1 - Consultation correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste (créée par la décision UNCAM du 27/09/17 et modifiée par la décision UNCAM du 12/03/18)

La consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 3 « patient dont l'état lésionnel et/ou le pronostic fonctionnel sont jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence autorisé par l'ARS des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, est dénommée U03.

Le compte rendu de cette consultation U03, réalisée à tarif opposable, doit être inscrit dans le dossier médical du service des urgences.

Cette cotation U03 ouvre droit aux majorations pédiatriques de l'article 14.6 et 14.7 ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

La cotation n'ouvre pas droit aux majorations de permanence des soins (article 10 et annexe 9 de la convention médicale).

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

Article 14.1.2 – Consultation correspondant au niveau CCMU 4 ou au niveau CCMU 5 du médecin urgentiste (créée par la décision UNCAM du 27/09/17 et modifiée par la décision UNCAM du 12/03/18)

La consultation pour un patient dont l'état clinique est classé au niveau CCMU 4 « situation pathologique engageant le pronostic vital, prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate » ou CCMU 5 « situation pathologique engageant le pronostic vital, prise en charge comportant la

pratique immédiate de manœuvres de réanimation », par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence autorisé par l'ARS des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, est dénommée U45.

Le compte rendu de cette consultation U45, réalisée à tarif opposable, doit être inscrit dans le dossier médical du service des urgences.

Cette cotation U45 ouvre droit aux majorations pédiatriques de l'article 14.6 et 14.7 ainsi qu'aux majorations d'urgence de nuit et jours fériés prévues à l'article 14 de la NGAP.

La cotation n'ouvre pas droit aux majorations de permanence des soins (article 10 et annexe 9 de la convention médicale).

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

Article 14.2 - Majoration de déplacement (modifiée par les décisions UNCAM du 11/03/05, du 05/12/06, du 08/01/20 et du 13/01/22)

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

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

Dans tous les cas le médecin communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

Dans les cas particuliers ci-dessous les règles de facturation de la MD sont les suivantes :

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

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

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

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

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

Article 14.3 - Majoration pour soins d'urgence faits au cabinet

Abrogée par la décision UNCAM du 18/07/05. Voir chapitre 19.03.01 (M) de la CCAM.

Articles 14.4 - 14.4bis - 14.4quater -14.4quinquies - 14.4.2 - 14.4.3 : abrogés par la décision UNCAM du 23/02/17

Article 14.4 ter : abrogé par la décision UNCAM du 21/06/17

Article 14.4.1 : abrogé par la décision UNCAM du 24/03/17

Article 14.4.4 : abrogé par la décision UNCAM du 13/01/22

Article 14.4.5 –Majoration des gynécologues médicaux (créée par la décision UNCAM du 13/01/22)

Lorsque le gynécologue médical est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation ou de la visite à une majoration tarifaire dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 ou qu'il adhère aux options de pratique tarifaire maîtrisée définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée.

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

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 39.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

La facturation de la majoration se fait via le code MGM.

La facturation de la majoration se fait via le code MGM dont le tarif correspond à la majoration des gynécologues médicaux augmenté du tarif de la MPC soit 4 €. De fait le code MGM est incompatible avec le code de facturation MPC. Le code MGM est facturable uniquement pour les spécialités de gynécologie médicale (seule ou de gynécologie obstétrique et médicale).

Article 14.5 - Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne et nécessitant l'utilisation d'un plateau technique

Abrogée par décision UNCAM du 18/07/05. Voir Chapitre 19 de la CCAM (codes YYYY008 et YYYY011).

Article 14.6 – Majorations pédiatriques : (créée par la décision UNCAM du 23/02/17)

Article 14.6.1 – Nouveau forfait pédiatrique (modifié par la décision UNCAM du 29/04/20)

Les consultations ou visites effectuées pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 2 ans par le pédiatre conventionné ouvrent droit à une majoration, dénommée « nouveau forfait pédiatrique (NFP) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant. Cette majoration ne se cumule pas avec la majoration NFE décrite à l'article 14.6.2.

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

Article 14.6.2 – Nouveau forfait enfant du pédiatre (modifié par décision UNCAM du 29/04/20)

Les consultations ou visites effectuées par le pédiatre pour un enfant âgé de 2 ans jusqu'à la veille incluse de ses 6 ans et les consultations ou visites effectuées par le pédiatre pour un enfant de 6 ans jusqu'à la veille incluse de ses 16 ans qui ne lui est pas adressé par le médecin traitant ouvrent droit à une majoration dénommée « nouveau forfait enfant (NFE) ». Ces consultations donnent lieu à une mise à jour du carnet de santé de l'enfant. Cette majoration NFE est également applicable aux patients du pédiatre lorsqu'il est désigné médecin traitant.

Cette majoration NFE peut être cotée par le pédiatre exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et adhérant au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) tel que défini aux articles 40 de la convention médicale susvisée.

Le médecin en secteur à honoraires différents non adhérent à l'OPTAM peut de façon dérogatoire facturer la majoration NFE lorsqu'il pratique des tarifs opposables.

Article 14.6.3 – Majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le pédiatre (modifié par décision UNCAM du 29/04/20)

Les consultations et les visites, effectuées par le pédiatre pour un enfant jusqu'à la veille incluse de ses 6 ans, ouvrent droit à une majoration dénommée « majoration enfant du pédiatre (MEP) ». Ces consultations donnent lieu à un compte rendu sur le carnet de santé de l'enfant.

Cette majoration MEP peut être cotée par le pédiatre exerçant en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et adhérant au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) tel que défini aux articles 40 de la convention médicale susvisée.

Le médecin en secteur à honoraires différents non adhérent à l'OPTAM peut de façon dérogatoire facturer les majorations MEP lorsqu'il pratique des tarifs opposables.

La majoration MEP est cumulable avec les majorations NFP et NFE prévues aux articles 14.6.1 et 14.6.2.

La majoration MEP ne se cumule ni avec la Majoration forfaitaire transitoire pour la consultation au cabinet du médecin spécialiste prévue à l'article 2 *bis* (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par l'arrêté du 20 octobre 2016.

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

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

Article 14.8 – Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme (créée par la décision UNCAM du 21/06/17 et modifiée par décision du 06/11/18, du 29/04/20 et du 13/01/22)

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

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

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

Elle peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre ou une sage-femme. Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par patient. Elle peut être réalisée par une sage-femme uniquement pour les jeunes femmes de moins de 26 ans.

Cette consultation est facturée à tarif opposable.

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

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

Article 14.9 – Consultation obligatoire de l'enfant (créée par la décision UNCAM du 23/02/17 et modifié par la décision UNCAM du 03/10/19)

Les trois consultations complexes du pédiatre ou du médecin généraliste pour les trois examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat sont dénommées « Consultation obligatoire de l'enfant (COE) ».

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

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

Ces trois consultations sont facturées à tarif opposable. Elles ne sont pas cumulables avec les majorations NFP, NFE, MEP des pédiatres, ni avec la majoration MEG du médecin généraliste, décrites aux articles 14.6.de la NGAP.

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

Article 14.9.1 – abrogé par la décision UNCAM du 06/11/18

Article 14.9.2 : abrogé par la décision UNCAM du 10/07/18

Article 14.9.3 – Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin ou une sage-femme dit « téléconsultant »(créée par la décision UNCAM du 10/07/18 et modifiée par décision UNCAM du 07/12/21 et du 28/03/22)

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

Toute téléconsultation est réalisée à l'aide d'un moyen de vidéotransmission, dans les conditions de réalisation définies à l'article 28.6.1.3 de la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie et à l'article 7.4.1.2.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les sages-femmes et l'assurance maladie.

Le médecin ou la sage-femme qui assiste, le cas échéant, le patient, au moment de la réalisation de la téléconsultation, peut facturer une consultation dans les mêmes conditions de facturation de la consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la convention des médecins ou convention des sages-femmes précitée.

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

Sauf dérogations inscrites aux articles 28.6.1.1 et 28.6.1.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, la téléconsultation se déroule dans le respect du parcours de soins coordonné. Hors parcours de soins, elle s'inscrit dans le cadre de l'organisation territoriale décrite à l'article 28.6.1.2 du texte précité.

La téléconsultation s'inscrit également dans le principe d'une réponse territorialisée, c'est-à-dire que seul un médecin du même territoire que le patient peut réaliser la téléconsultation. Il existe des exceptions à ce principe de territorialité lorsque le patient est orienté par le régulateur du service d'accès aux soins en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ou lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins. Ces exceptions sont mentionnées à l'article 28.6.1.1 de la convention nationale des médecins.

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

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

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

La téléconsultation est facturable, avec le code TCG, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée. Le code TCG est également facturable par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires différents et non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils respectent les tarifs opposables.

Dans les autres cas (autres spécialités médicales et quel que soit le secteur d'exercice du médecin), le médecin téléconsultant facture l'acte de téléconsultation avec le code TC.

Les actes respectivement nommés TCG et TC ouvrent droit aux mêmes majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la Convention médicale précitée.

Ces actes peuvent être facturés pour un patient hospitalisé.

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

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

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

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

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

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

Article 14.9.4 – Acte de téléexpertise d'un médecin ou d'une sage-femme sollicité par un autre professionnel de santé (créée par la décision UNCAM du 06/11/18 et modifié par la décision UNCAM du 08/01/20, 13/01/22 et du 28/03/22)

Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit « professionnel de santé requérant » et donnée par un médecin ou une sage-femme dit « professionnel de santé requis », en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Selon la situation, trois codes prestation sont prévus :

- lorsque l'acte est réalisé au décours d'un soin infirmier, le code prestation est TLS. Dans ce cas, il est cumulable avec les actes réalisés au cours de la même séance, et à taux plein conformément à l'article 11B.4.c ;
- lorsque l'acte est réalisé isolément, dans un lieu dédié aux téléconsultations, le code prestation est TLL. Dans ce cas, par dérogation à l'article 13 des Dispositions générales, les indemnités de déplacement sont applicables par l'infirmier. Elles ne sont applicables qu'une fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié. Deux déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour.
- lorsque l'acte est réalisé isolément à domicile (intervention spécifique programmée non réalisée au décours d'un soin infirmier), le code prestation est TLD. Dans ce cas, les indemnités de déplacement s'appliquent.

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

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

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

Article 14.9.6 – Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin ou d'une sage-femme (créée par décision UNCAM du 13/01/22 et du 28/03/22)

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

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

La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP.

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

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

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

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient,
- 2 actes par an par orthophoniste requérant, pour un même patient ;
- 2 actes par an par sage-femme requérante, pour un même patient.

Article 15 - Contenu de la consultation, de la visite (modifié par la décision UNCAM du 18/07/05 et du 13/01/22)

La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique. Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

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

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

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

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

Elle est valorisée comme une consultation de référence.

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

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

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

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

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

Article 15.2 : abrogé par la décision UNCAM du 24/03/17

Article 15.2.1 – Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

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

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

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

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

Article 15.2.3 – Consultation très complexe réalisée au domicile du patient (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée par décision UNCAM du 21/06/17, du 06/11/2018, du 29/04/20 et du 13/01/22)

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

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

Au cours de cette visite, le médecin traitant :

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

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

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

Au cours de cette consultation, le médecin :

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

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

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

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

Au cours de cette visite, le médecin :

- recueille toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ;
- réalise l'évaluation médicale du patient ;
- organise la prise en charge coordonnée des soins ;
- inscrit les conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ;
- recueille le choix de déclaration de médecin traitant du patient.

Dans le cas (a) et (c) la visite peut être facturée par patient 1 fois par trimestre de chaque année civile.

Dans le cas (b) la visite peut être facturée jusqu'à quatre fois par année civile et par patient.

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

Au maximum 4 VL sont facturables par an et par patient quel que soit le contexte de facturation.

La visite très complexe est facturable par le code prestation VL et elle ne se cumule ni avec la majoration prévue à l'article 2 bis de la NGAP (MPC), ni avec la facturation d'une majoration de coordination au sens de l'article 16.2 et de l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Article 15.2.4 Actes et consultations spécifiques des psychiatres (créé par décision UNCAM du 20/12/11 et modifié par la décision UNCAM du 13/01/22)

A- Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre dans les deux jours ouvrables suivant la demande du médecin traitant

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

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

Cette consultation est facturée CNPSY 2 ou TC2 s'il s'agit d'une téléconsultation.

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

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

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

Lorsque le psychiatre est amené à effectuer une consultation auprès d'un patient de moins de 16 ans, cette consultation donne lieu en sus du tarif de la consultation ou de la visite à une majoration tarifaire MP dès lors que ce spécialiste n'est pas autorisé à pratiquer des tarifs différents au sens des articles 38.1 et 38.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 ou qu'ils adhèrent aux options de pratique tarifaire maîtrisée définies aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée.

Elle n'est pas non plus cumulable avec la facturation du dépassement (DE) au sens de l'article 39.1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

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

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

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

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

Lors de cette consultation, le psychiatre intervient notamment pour :

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

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

II - Consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée.

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

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

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

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

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

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

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

Article 15.3 - Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation (créée par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 25/09/13 et du 29/04/20)

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

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

- le fauteuil roulant verticalisateur (LPP, titre IV, chapitre Ier, rubrique C).

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

Cette majoration s'applique aux consultations réalisées pour des patients de 16 ans et plus, uniquement dans le cadre du parcours de soins coordonnés, hors acte de consultant. Elle n'est donc pas cumulable avec le **DA** mentionné à l'article 42.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 22 septembre 2011. Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration **MPC** (article 2 *bis*).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la **MTA** peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la **MPC** applicable pour ces patients

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

Article 15.4 - Majoration pour certaines consultations par un médecin spécialiste en endocrinologie ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie (créée par décision UNCAM du 27/04/06 et modifiée par décision UNCAM du 06/07/07, du 20/12/11 et du 29/04/20)

La majoration pour certaines consultations réalisées par un médecin spécialiste en endocrinologie (MCE) ou en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie est applicable pour les consultations suivantes, en coordination avec le médecin traitant.

1) Diabète inaugural ou compliqué insulino dépendant ou insulino requérant

Cette consultation concerne les patients :

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

2) Première consultation pour les endocrinopathies complexes suivantes :

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

Au cours de cette consultation, le praticien doit notamment :

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

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

Elle est en revanche cumulable, le cas échéant, avec la majoration de coordination mentionnée à l'article 13.2 de la convention susmentionnée et avec la majoration MPC (article 2 bis de la NGAP).

Par dérogation, pour les patients de moins de 16 ans, la MCE peut être applicable et cumulée, le cas échéant, avec le montant de la MPC applicable pour ces patients.

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

Article 15.5 Majoration pour une consultation longue et complexe à domicile ou au cabinet après un séjour hospitalier du patient (créée par décision UNCAM du 08/04/13 et modifiée par décision UNCAM du 29/04/20)

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

Par dérogation, le médecin traitant en secteur à honoraires différents n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée précités, peut coter la **MIC** ou la **MSH** pour les bénéficiaires du droit à complémentaire santé solidaire dans le respect des articles L. 861-1 du code de la sécurité sociale et suivants.

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

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

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

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

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

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

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

Cette consultation donne lieu à la majoration MIC.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 15.8 – Consultations et majorations complexes (créées par décision UNCAM du 21/06/17 et modifiées par décision UNCAM du 06/11/18, du 29/04/20, du 28/05/20, du 06/10/20 et du 13/01/22)

A) Consultations et majorations complexes pour les médecins

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

a) Consultations complexes

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

Ces consultations complexes doivent être facturées à tarif opposable.

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

Elles ne sont pas cumulables d'une part, avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) et d'autre part, avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

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

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

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

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

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

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

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

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

Lors de cette consultation le médecin :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Elle est facturable selon les consignes de la “grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco- dentaire des patients en situation de handicap” définies à l'annexe 2 de l'avenant 8 signé le 11 mars 2020 à la convention nationale précitée.

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

b) Majorations pour consultations complexes

Les codes majorations suivants : MPS/TCA/MPT/SGE/PTG/MMF/MCA/PPR/PPN/MCT/ SLA/MSP/POG/PEG listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du

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

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

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

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Majoration MPT pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Majoration MMF pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B) Consultation complexe pour les chirurgiens-dentistes

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

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

Elle est facturable selon les consignes de la « grille des adaptations pour la prise en charge en santé bucco-dentaire des patients en situation de handicap » définies à l'annexe XX de l'avenant 3 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes signée le 21 juin 2018.

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

Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes (créées par la décision UNCAM du 21/06/17 et modifiées par décision UNCAM du 06/11/18 du 03/10/19, du 29/04/20, du 13/01/22 et du 29/09/22)

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

a) Consultations très complexes

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

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

Elles ne sont pas cumulables ni avec la majoration MPC (article 2 bis de la NGAP) ni avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

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

Elles ne peuvent pas être facturées pour un patient hospitalisé.

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

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

1) Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lors de cette consultation très complexe pour un enfant atteint d'une pathologie chronique grave ou d'un handicap neurosensoriel sévère, le pédiatre :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b) Majorations pour consultations très complexes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- une pathologie grave. Par pathologie grave, on entend : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neurodégénérative.

- un trouble du neuro-développement selon la définition dans les recommandations de la HAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 16 - Visite unique pour plusieurs malades

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

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

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

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

Article 18 – (modifié par décision UNCAM du 06/12/05)

A. Consultation entre deux médecins généralistes

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

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

B. Avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins (modifié par décision UNCAM du 27/04/06, 05/12/06, 17/01/11, 20/12/11, du 02/10/12, du 08/04/13, du 25/09/13, du 17/12/13, du 24/07/17, du 18/12/18, du 03/10/19 et du 28/05/20)

Principes

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

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

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

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

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

- des actes de biopsies suivants :

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

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

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

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

Dérogations

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

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

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

c) Lorsqu'un médecin spécialiste correspondant a rendu un avis ponctuel de consultant et que l'état du patient nécessite, pour la même pathologie et avant la fin du délai de 4 mois, une consultation complexe ou très complexe, au sens de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, il peut facturer celle-ci selon les conditions définies aux articles 15.8 et 15.9 de la NGAP.

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

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

Champ et honoraires

a) Médecins spécialistes

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

b) Honoraires

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

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

Cas particuliers

Avis ponctuel de consultant des chirurgiens

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

Avis ponctuel de consultant des professeurs des universités-praticiens hospitaliers

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

C. Avis ponctuel de consultant du chirurgien-dentiste spécialiste

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

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

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

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

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

Dérogations

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

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

Article 18.1 - Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique (créée par décision UNCAM du 06/12/05, supprimée par décision UNCAM du 17/01/11)

Article 19 - Assistance du praticien traitant à une intervention chirurgicale (modifié par la décision UNCAM du 18/07/05)

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

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

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

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

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

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

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

Article 20 - Honoraires de surveillance médicale dans les cliniques ouvertes des établissements publics et dans les établissements privés (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05)

Les honoraires forfaitaires de surveillance des malades hospitalisés ne se cumulent pas avec ceux des actes en K de la Nomenclature générale des actes professionnels ou avec ceux des actes de la **CCAM**, à l'exception des actes d'imagerie.

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

a) Clinique médicale, par jour et par malade examiné

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

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

b) Clinique chirurgicale (modifié par la décision UNCAM du 23/08/07)

1. Si l'acte est d'un coefficient égal ou supérieur à 15 ou d'un tarif égal ou supérieur à 31,35 €, l'honoraire de l'acte opératoire comporte les soins consécutifs pendant les 15 jours suivant l'intervention.
Si l'hospitalisation se prolonge au-delà de 15 jours, l'honoraire de surveillance est fixé à :
C x 0,20 par jour et par malade examiné.
2. Si l'acte est d'un coefficient inférieur à 15 ou d'un tarif inférieur à 31,35 €, l'honoraire est fixé à :
C x 0,20 par jour et par malade examiné.
3. Dans le cas où le malade ayant été mis en observation dans une clinique chirurgicale n'a pas subi d'intervention, les honoraires de surveillance sont fixés par jour et par malade examiné à :
 - du 1° au 15° jour
 - C x 0,80 si l'honoraire est perçu par un seul médecin,
 - C x 0,40 par médecin appartenant à des spécialités différentes et dans la limite de deux ;
 - au-delà du 15° jour : C x 0,20.

c) Clinique obstétricale (modifié par la décision UNCAM du 23/08/07)

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

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

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

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

d) Maisons de santé pour maladies mentales

Par jour et par malade examiné, l'honoraire de surveillance médicale est de C x 1 à condition que le nombre de médecins de l'établissement qualifiés en neuropsychiatrie ou en psychiatrie, assurant la surveillance constante dans cet établissement soit au moins d'un médecin pour 30 malades, étant entendu qu'un même spécialiste ne peut prétendre avoir examiné plus de 30 malades au cours d'une même journée.

Lorsque, par suite d'accords particuliers, la surveillance médicale est prise en compte lors de la détermination du prix de journée, le bénéfice de ces accords ne peut se cumuler avec celui des honoraires prévus ci-dessus.

e) Maisons de repos et de convalescence

C x 0,80 par malade examiné et par semaine, sauf accords particuliers conduisant à la prise en compte de cette surveillance lors de la détermination du prix de journée.

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

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

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

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

Article 22 - Consultation pré-anesthésique en vue d'une intervention programmée selon les articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du code de la santé publique et première consultation de l'anesthésiste-réanimateur en vue d'une intervention non programmée (modifié par la décision UNCAM du 11/03/05 et du 03/10/19)

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

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

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

Cette consultation se fait dans le respect du parcours de soins coordonnés défini dans le Titre 2 de la convention médicale : « médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants : cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le

médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. »

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

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

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

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

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

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

Article 23 - Majorations pour certains actes ou forfaits réalisés par des infirmiers (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée par décision UNCAM du 18/07/19)

Article 23.1 - Majoration pour réalisation par un infirmier d'un acte unique (créée par décision UNCAM du 20/12/11 et modifiée le 18/07/19)

Lorsqu'au cours de son intervention, l'infirmier (ère) réalise un acte unique en AMI avec coefficient inférieur ou égal à 1,5 au cabinet ou au domicile du patient, cet acte donne lieu à la majoration d'acte unique (MAU). La MAU peut se cumuler avec la majoration jeune enfant (MIE) créée à l'article 5.3

de l'avenant 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les infirmiers et l'Assurance maladie. Elle ne se cumule pas avec les forfaits BSA, BSB ou BSC ni avec les actes cotés en AMX ni avec l'IFI.

Cette majoration ne se cumule pas avec le supplément pour vaccination antigrippale du Titre XVI, chapitre I, article 1, ni avec la majoration de coordination infirmière (MCI).

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

Article 23.2 – Majoration de coordination infirmier(ère) (créée par décision UNCAM du 20/12/11)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise à domicile :

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

ou

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

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

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

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

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

Article 23.3 – Forfaits journaliers de prise en charge d'un patient dépendant, à domicile (créée par décision UNCAM du 18/07/19 et modifiée par décision UNCAM du 13/01/22)

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

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

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

Le type de forfait journalier de prise en charge par l'infirmier d'un patient dépendant est déterminé par l'outil bilan de soins infirmiers (BSI) à partir des interventions réalisées en propre par l'infirmier et cochées dans cet outil. La règle de classement des forfaits est définie en annexe 1 de la NGAP.

Article 23.4 – Majoration pour réalisation d'un soin infirmier en pratique avancée liée à l'âge du patient (créée par décision UNCAM du 13/02/20)

Lorsque l'infirmier(ère) réalise un suivi en pratique avancée, dont les interventions sont inscrites au titre XVI, chapitre III, article 1er de la NGAP ; cette prise en charge donne lieu à une majoration liée à l'âge du patient (MIP), lorsque le patient suivi est âgé de moins de 7 ans ou de 80 ans et plus.

Articles 24 -25-26 : abrogés par la décision UNCAM du 11/03/05

CHAPITRE IV - ARTICULATIONS

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

CHAPITRE V - VAISSEAUX

Section II. - ARTÈRES ET VEINES

Article premier. - Ponctions vasculaires et actes de transfusion sanguine

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Ponction d'un tronc veineux de la tête et du cou	3	K ou AMI
Ponction artérielle percutanée	5	K ou AMI

Article 3 – Cancérologie

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>Chimiothérapie anticancéreuse dans le cadre d'une structure à compétence carcinologique (à l'exception des perfusions par pompes portables ou implantables).</p> <p>Chaque série de séances de chimiothérapie est soumise à la formalité de l'accord préalable et doit comporter l'établissement d'un protocole adressé au contrôle médical dans le même temps.</p> <p>Le protocole doit comporter :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) l'indication de la pathologie motivant la thérapeutique ; 2) les produits injectés ; 3) la procédure (bolus, semicontinue, continue) ou les procédures envisagées ; 4) le nombre de séances prévues ; 5) les modalités de mise en oeuvre de la thérapeutique : injection intraveineuse (l'acte d'injection est compris dans la séance), ou intrathécale, ou intravésicale, ou intrapéritonéale ou intra-artérielle ; 6) le nom de la structure à compétence carcinologique dans laquelle le traitement est effectué. 			
Séance de perfusion de substances antimétaboliques, quels que soient le ou les produits utilisés :			

TITRE XVI. - SOINS INFIRMIERS

CHAPITRE I - SOINS DE PRATIQUE COURANTE

Article 1er - Prélèvements et injections (modifié par décisions UNCAM du 08/10/08, du 18/07/19 et du 13/01/22 et par décret n°2018-805 du 25/09/18)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Prélèvement par ponction veineuse directe Cet acte est cumulable à taux plein quel que soit le coefficient de l'acte associé par dérogation à l'article 11B des Dispositions générales	1,5	AMI ou AMX
Prélèvement par ponction veineuse directe	1,5	SFI
Saignée	5	AMI ou SFI
Prélèvement aseptique cutané ou de sécrétions muqueuses, prélèvement de selles ou d'urine pour examens cytologiques, bactériologiques, mycologiques, virologiques ou parasitologiques	1	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe isolée	2	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe en série	1,5	AMI ou SFI
Injection intraveineuse directe chez un enfant de moins de cinq ans	2	AMI ou SFI
Injection intramusculaire Dans les conditions fixées par décret n°2022-610 du 21 avril 2022, la réalisation des actes infirmiers de vaccination peut ne pas être soumise à prescription médicale préalable.	1	AMI ou AMX ou SFI
Supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination anti-grippale organisée par l'Assurance Maladie	1	AMI ou AMX
Injection d'un sérum d'origine humaine ou animale selon la méthode de Besredka, y compris la surveillance	5	AMI ou SFI
Injection sous-cutanée Dans les conditions fixées par décret n°2022-610 du 21 avril 2022, la réalisation des actes infirmiers de vaccination peut ne pas être soumise à prescription médicale préalable.	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection intradermique	1	AMI ou

		AMX ou SFI
Injection d'un ou plusieurs allergènes, poursuivant un traitement d'hyposensibilisation spécifique, selon le protocole écrit, y compris la surveillance, la tenue du dossier de soins, la transmission des informations au médecin prescripteur	3	AMI ou SFI
Injection d'un implant souscutané	2,5	AMI ou SFI
Injection en goutte à goutte par voie rectale	2	AMI ou SFI

Article 2 - Pansements courants (modifié par décision UNCAM du 18/07/19 et du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pansement de stomie	3	AMI
	2	SFI
Pansement de trachéotomie, y compris l'aspiration et l'éventuel changement de canule ou sonde	3	AMI
	2,25	SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, dix ou moins, y compris le pansement éventuel	2	AMI ou SFI
Ablation de fils ou d'agrafes, plus de dix, y compris le pansement éventuel	4	AMI ou SFI
Pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire. Dans le cadre de la chirurgie mammaire et en cas de bilatéralité, deux actes peuvent être facturés, le deuxième à 50% de son coefficient en application de l'article 11B des Dispositions générales.	3	AMI
Pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. Quelle que soit la localisation des plaies (sur un même membre ou sur les 2 membres), deux actes au plus peuvent être facturés.	3	AMI
Autre pansement	2	AMI ou SFI

Article 3 - Pansements lourds et complexes (modifié par décision UNCAM du 18/07/19 et du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Bilan à la première prise en charge d'une plaie nécessitant un pansement lourd et complexe. Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, la prescription médicale des pansements de plaies comprend aussi la réalisation du bilan dans les conditions citées ci-dessous. Une séance au plus peut être facturée annuellement pour les plaies dont la durée de prise en charge est supérieure à un an ; pour les plaies d'une durée inférieure à un an, un nouveau bilan pourrait être réalisé en cas de récurrence	11	AMI ou AMX

définie par une interruption des soins liés à la plaie d'au moins deux mois. Ce bilan comprend l'évaluation de la situation du patient, l'établissement d'une fiche descriptive de la plaie, l'élaboration d'un projet de soins et la réalisation du pansement. Cet acte n'est pas associable avec la majoration de coordination infirmière définie à l'article 23.2 des Dispositions générales.		
Pansements de brûlure étendue ou de plaie chimique ou thermique étendue, sur une surface supérieure à 5 % de la surface corporelle	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de brûlure suite à radiothérapie, sur une surface supérieure à 2% de la surface corporelle	4	AMI ou AMX
Pansement d'ulcère étendu ou de greffe cutanée, sur une surface supérieure à 60 cm ²	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'amputation nécessitant détersion, épiluchage et régularisation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement de fistule digestive	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement pour pertes de substance traumatique ou néoplasique, avec lésions profondes, sous aponévrotiques, musculaires, tendineuses ou osseuses	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement nécessitant un méchage ou une irrigation	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'escarre profonde et étendue atteignant les muscles ou les tendons	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement chirurgical avec matériel d'ostéosynthèse extériorisé	4	AMI ou AMX ou SFI
Pansement d'ulcère ou de greffe cutanée, avec pose de compression	5,1	AMI ou AMX
Analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie la mise en attente. L'analgésie topique préalable à un pansement d'ulcère ou d'escarre, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation. Lorsque l'analgésie et le pansement sont réalisés au cours de la même séance, les cotations de ces deux actes peuvent se cumuler entre eux à taux plein en dérogation à l'article 11B des Dispositions générales.	1,1	AMI ou AMX
Pose de système de traitement par pression négative (console et pansement) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir	4,6	AMI ou AMX

<p>Prescription initiale hospitalière pour 30 jours et pouvant être renouvelée une fois au maximum. Suivi hebdomadaire par le prescripteur initial de l'évolution de la plaie et de l'état général du patient.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS : traitement de seconde intention des plaies chroniques (ulcères de jambe veineux ou mixtes à prédominance veineuse et plaies du pied diabétique) faiblement à modérément exsudatives, après échec d'un traitement de première intention bien conduit.</p> <p>Un nouveau système de traitement est posé lorsque le système en place est saturé ou après 7 jours de traitement.</p>		
<p>Mise en place de pansement additionnel (sans changement de console) pour traitement par pression négative (TPN) à usage unique avec pansement faisant office de réservoir.</p> <p>Indications médicales selon les recommandations HAS.</p>	2,1	AMI ou AMX

Article 4 - Pose de sonde et alimentation

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Pose de sonde gastrique	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par gavage ou en déclive ou par nutri-pompe, y compris la surveillance, par séance	3	AMI ou SFI
Alimentation entérale par voie jéjunale avec sondage de la stomie, y compris le pansement et la surveillance, par séance	4	AMI ou SFI

Article 5 - Soins portant sur l'appareil respiratoire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Séance d'aérosol	1,5	AMI ou SFI
Lavage d'un sinus	2	AMI ou SFI

Article 6 - Soins portant sur l'appareil génito-urinaire (modifié par décision UNCAM du 29 septembre 2020)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Injection vaginale	1,25	AMI ou SFI
Soins gynécologiques au décours immédiat d'un traitement par curiethérapie	1,5	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez la femme	3	AMI ou SFI
Cathétérisme urétral chez l'homme	4	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez la femme	3	AMI ou SFI
Changement de sonde urinaire à demeure chez l'homme	4	AMI ou SFI
Éducation à l'autosondage comprenant le sondage éventuel, avec un maximum de dix séances	3,5	AMI ou SFI
Réadaptation de vessie neurologique comprenant le sondage éventuel	4,5	AMI ou SFI
Les deux cotations précédentes ne sont pas cumulables avec celles relatives au cathétérisme urétral ou au changement de sonde urinaire		
Instillation et/ou lavage vésical (sonde en place)	1,25	AMI ou SFI
Pose isolée d'un étui pénien, une fois par vingt-quatre heures	1	AMI ou SFI
Retrait de sonde urinaire	2	AMI

Article 7 - Soins portant sur l'appareil digestif

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

Article 8 - Test et soins portant sur l'enveloppe cutanée

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

Article 9 – Perfusions (supprimé par décision UNCAM du 21/07/14)

Article 10 - Surveillance et observation d'un patient à domicile (modifié par décision UNCAM du 18/07/19 et du 29/09/20)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques ou cognitifs (maladies neurodégénératives ou apparentées) avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1,2	AMI	
Administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile (1) des patients présentant des troubles psychiatriques avec établissement d'une fiche de surveillance, par passage.	1	SFI	
Au-delà du premier mois, par passage	1,2	AMI	AP
	1	SFI	
(1) Pour l'application des deux cotations ci-dessus, la notion de domicile n'inclut ni les établissements de santé mentionnés à l'article L 6111-1 du code de la santé publique, ni les établissements d'hébergement de personnes âgées, des adultes handicapés ou inadaptés mentionnés au 5° de l'article 3 de la loi n° 75 - 535 du 30/06/1975 modifiée, à l'exception toutefois des Résidences Autonomie.			
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze passages.	1	AMI	
Surveillance et observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement ou lors de la modification de celui-ci, avec établissement d'une fiche de surveillance, avec un maximum de quinze jours, par jour	1	SFI	
Accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse, lors de la mise en œuvre ou de la modification d'un traitement ou au cours d'une situation clinique susceptible de remettre en question la stratégie thérapeutique, pour un patient non dépendant, polymédiqué et présentant des critères de fragilité identifiés par le médecin, avec un retour écrit au médecin. Trois séances incluant chacune : - prise de contact, - mise en œuvre,	Séance initiale 5,1, 2ème et 3ème séance 4,6	AMI	

- évaluation et compte rendu,
sont à réaliser dans un délai maximal d'un mois, renouvelables sur prescription une fois au cours des 12 mois suivants :

- Surveillance : relevé d'éléments cliniques objectifs : pouls, TA...
- Observation : relevé d'éléments cliniques « subjectifs » : plainte, comportement...
- Vérification de la :
 - o compréhension de ou des ordonnances par le patient et/ou son entourage, recherche de coprescripteurs,
 - o préparation du pilulier selon la ou les prescriptions en cours,
 - o prise médicamenteuse et selon contrainte horaire, par rapport aux repas, selon aliments...,
 - o gestion du stock médicamenteux selon le ou les prescripteurs (accumulation de médicaments, recherche d'automédication / médicaments autres),
- Recherche de motifs de non prise des médicaments ou des modifications de posologie / recherche d'effet secondaire,
- Recueil des éléments du contexte social pouvant retentir sur l'observance,
- Recherche des éléments explicatifs d'une non observance en cours de traitement selon demande précise du médecin,
- Retour au médecin prescripteur et au médecin traitant s'il n'est pas le prescripteur.

Les autres actes inscrits à l'article 10 peuvent faire suite à cet acte d'accompagnement.

Au cours de la même séance, l'acte d'accompagnement n'est pas cumulable avec les autres actes de cet article.

Article 11 - Soins infirmiers à domicile pour un patient, quel que soit son âge, en situation de dépendance temporaire ou permanente à l'exclusion des soins relevant du périmètre de l'article 12 du même chapitre (modifié par décisions UNCAM du 28/02/17, du 21/07/17, du 18/07/19, du 13/01/22, du 20/04/22 et du 29/09/22)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
<p>I - Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>La séance de soins infirmiers comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne</p> <p>La cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.</p> <p>Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation à taux plein :</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3,4 et 5 du présent titre ; - ou d'un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre); - ou d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre ; - ou d'un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre. <p>En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler à</p>	3	AIS	

<p>50% de son coefficient, avec la séance de soins infirmiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1^{er} et chapitre II article 4 du présent titre) ; - supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance Maladie ; - injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre). <p>La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.</p>			
<p>II- Mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie, pendant lequel l'infirmier l'aide à accomplir les actes quotidiens de la vie, éduque son entourage ou organise le relais avec les travailleurs sociaux, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures</p> <p>La cotation des séances d'aide dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée est subordonnée à l'élaboration préalable d'un bilan de soins infirmiers.</p>	3,1	AIS	
<p>III- Séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, par séance d'une demi-heure</p> <p>Cet acte comporte :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le contrôle des principaux paramètres servant à la prévention et à la surveillance de l'état de santé du patient ; - la vérification de l'observance du traitement et de sa planification; - le contrôle des conditions de confort et de sécurité du patient ; - le contrôle de l'adaptation du programme éventuel d'aide personnalisée; - la tenue de la fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant ; - la tenue de la fiche de liaison et la transmission des informations à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. <p>Cet acte ne peut être coté qu'une fois par semaine. Il ne peut l'être pendant la période durant laquelle sont</p>	4	AIS	

<p>dispensées des séances de soins infirmiers, ni pendant la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée, ni avec des actes incluant une surveillance dans leur cotation. Le cumul avec un autre acte médico-infirmier inscrit au présent titre a lieu à 50% de son coefficient conformément à l'article 11 B des dispositions générales, à l'exception de l'acte de prélèvement par ponction veineuse directe inscrit au chapitre I article 1er du présent titre, dont le cumul est à taux plein.</p> <p>La cotation des séances de surveillance clinique infirmière et de prévention est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.</p>			
--	--	--	--

Article 12 - Soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente (créé par décision UNCAM du 18/07/19 et modifié par décision UNCAM du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
I. Élaboration du bilan de soins infirmiers (BSI) à domicile nécessaire à la réalisation de soins infirmiers chez un patient dépendant dans le cadre de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie (forfaits), d'une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention, ou de la mise en œuvre d'un programme d'aide personnalisée en vue d'insérer ou de maintenir le patient dans son cadre de vie			
Pour un même patient :			
- le bilan initial est coté	2,5	DI	
- les bilans de renouvellement réalisés à échéance des 12 mois sont cotés - les bilans intermédiaires éventuels (2 au maximum dans les 12 mois) en cas de situation clinique évolutive du patient impactant de façon substantielle sa prise en charge infirmière, sont cotés Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, la prise en charge d'un BSI intermédiaire ne nécessite pas de nouvelle prescription, sa facturation est rattachée à la dernière prescription médicale datant de moins de 1 an pour réalisation d'un BSI.	1,2	DI	
La cotation du bilan de soins infirmiers (BSI) inclut :			
Le BSI comporte 3 volets dématérialisés définis selon les dispositions de la convention nationale organisant les			

<p>rapports entre les infirmiers et l'Assurance Maladie.</p> <p>Un volet administratif : identification de l'infirmier, du médecin prescripteur, du patient, modalités de prise en charge par l'Assurance maladie, type de BSI (initial, de renouvellement ou intermédiaire), date de réalisation du BSI, date de prescription et consentement du patient.</p> <p>Un volet médical comprenant notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - les indications relatives à l'environnement humain et matériel du patient, à son état et à son comportement ; - l'énoncé du ou des diagnostic(s) infirmier(s) en rapport avec la non satisfaction des besoins fondamentaux, les objectifs et les actions de soins mis en œuvre pour chacun d'eux ; - les autres risques présentés par le patient ; - l'objectif global de soins et la prescription des interventions infirmières. <p>Un volet facturation : proposition d'un plan de soins infirmiers : nombre de passages par jour, prévu en situation habituelle, fréquence hebdomadaire des soins et leurs modalités de facturation (3 niveaux de forfaits de prise en charge quotidienne des patients dépendants fixés à l'art.23.3 des Dispositions générales).</p> <p>Le BSI fait l'objet d'un échange avec le médecin prescripteur, en lien avec le médecin traitant via le téléservice BSI. Le BSI est automatiquement clôturé dans un délai de 5 jours en l'absence de réponse du médecin prescripteur.</p>			
<p>II. Les soins sont réalisés dans le cadre de forfaits, définis à l'article 23.3 des dispositions générales, différents selon la charge en soins des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « légère » (BSA); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « intermédiaire » (BSB); - patients identifiés comme ayant une charge en soins dite « lourde » (BSC). <p>La prise en charge de la dépendance comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne.</p>			

Les forfaits de soins infirmiers comprennent l'ensemble des actes liés à la prise en charge de la dépendance, relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la journée.

La cotation forfaitaire inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la ou des séance(s) d'une même journée, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle.

Ainsi, la MAU ne peut être facturée dans le cadre des soins liés à la prise en charge du patient dépendant.

Par dérogation à cette disposition et à l'article 11B des Dispositions générales, il est possible de coter à taux plein dans le cadre de forfait :

- une perfusion, telle que définie au chapitre II articles 3, 4 et 5 du présent titre ;
- ou un pansement lourd et complexe (chapitre I article 3 et chapitre II article 5 bis du présent titre);
- ou une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO) au chapitre II article 5 ter du présent titre;
- ou un prélèvement par ponction veineuse directe de l'article 1 du chapitre I du présent titre.

En application de l'article 11B des Dispositions générales, chacun des actes suivants peut se cumuler, à 50% de son coefficient, dans le cadre de forfait :

- injection intra-musculaire, intradermique ou sous cutanée (chapitre I article 1er et chapitre II article 4 du présent titre) ;
- supplément pour vaccination antigrippale dans le cadre de la campagne de vaccination antigrippale organisée par l'Assurance Maladie ;

- injection sous-cutanée d'insuline et acte de surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané (chapitre II article 5 bis du présent titre).			
La cotation de forfaits de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable du bilan de soins infirmiers.			

Article 13 - Garde à domicile (modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé	AP
Garde d'un malade à domicile, nécessitant une surveillance constante et exclusive et des soins infirmiers répétés, y compris les soins d'hygiène, effectuée selon un protocole écrit			
Par période de six heures :			
- entre 8 heures et 20 heures	13	AIS	AP
- entre 20 heures et 8 heures	16	AIS	AP
La même infirmière ne peut noter plus de deux périodes consécutives de six heures de garde			

CHAPITRE II - SOINS SPÉCIALISÉS (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

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

Article 1er - Soins d'entretien des cathéters (modifié par décision UNCAM du 21/07/14)

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

Article 2 - Injections et prélèvements

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

Article 3 - Perfusions (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/19)

Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin.

La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale.

Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure.

La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement.

La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	9	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance	14	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur ; ce forfait ne se cumule pas	5	AMI ou AMX ou SFI

avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.		
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

Article 4 - Actes du traitement à domicile d'un patient immunodéprimé ou cancéreux (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Soins portant sur l'appareil respiratoire		
Séance d'aérosols à visée prophylactique	5	AMI ou SFI
Injections :		
- Injection intramusculaire ou sous-cutanée	1,5	AMI ou AMX ou SFI
- Injection intraveineuse	2,5	AMI ou SFI
- Injection intraveineuse d'un produit de chimiothérapie anticancéreuse	7	AMI ou SFI
Perfusions, surveillance et planification des soins : Ces actes sont réalisés soit en application d'une prescription médicale qui sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin. La séance de perfusion permet d'administrer chez un patient des solutés et/ou des médicaments de façon continue ou discontinue par voie veineuse ou par voie sous cutanée ou par voie endorectale. Selon le protocole thérapeutique établi par le médecin prescripteur, la perfusion nécessite soit la surveillance continue de l'infirmier, soit l'organisation d'une surveillance pour les perfusions dont la durée est supérieure à une heure. La séance de perfusion sous surveillance continue comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la perfusion des produits de façon successive ou simultanée, la surveillance et l'arrêt de la perfusion avec le pansement. La séance de perfusion supérieure à une heure, sans surveillance continue, comprend la préparation des produits à injecter, la préparation du matériel de perfusion, la pose de la perfusion, l'organisation de contrôles et la gestion des complications éventuelles ; ces contrôles et les interventions à domicile pour complications peuvent donner lieu à des frais de déplacement.		
Forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue	10	AMI ou AMX ou SFI
Supplément forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure (avec un maximum de cinq heures)	6	AMI ou AMX ou SFI

Forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance	15	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour l'organisation de la surveillance d'une perfusion, de la planification des soins, y compris la coordination avec les autres professionnels de santé, les prestataires et les services sociaux, à l'exclusion du jour de la pose et de celui du retrait, par jour (ne peuvent être notés, à l'occasion de cet acte, des frais de déplacements ou des majorations de nuit ou de dimanche).	4	AMI ou AMX ou SFI
Forfait pour arrêt et retrait du dispositif d'une perfusion, y compris le pansement, la tenue du dossier de soins éventuellement la transmission d'informations nécessaires au médecin prescripteur; ce forfait ne se cumule pas avec un forfait de perfusion sous surveillance continue.	5	AMI ou AMX ou SFI
Changement de flacon(s) ou branchement en Y sur dispositif en place ou intervention pour débranchement ou déplacement du dispositif ou contrôle du débit, pour une perfusion sans surveillance continue, en dehors de la séance de pose.	4,1	AMI ou AMX ou SFI
Un forfait pour séance de perfusion sous surveillance continue et un forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à 1 heure avec organisation de la surveillance par contrôle, se cumulent le cas échéant à taux plein par dérogation à l'article 11B des dispositions générales.		

Article 5 - Traitement à domicile d'un patient atteint de mucoviscidose par perfusions d'antibiotiques sous surveillance continue selon le protocole thérapeutique rédigé par un des médecins de l'équipe soignant le patient (modifié par décision UNCAM du 21/07/14 et du 18/07/2019)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Le protocole doit comporter: 1. le nom des différents produits injectés; 2. leur mode, durée et horaires d'administration; 3. les nombre, durée et horaires des séances par vingt-quatre heures; 4. le nombre de jours de traitement pour la cure, 5. les éventuels gestes associés (prélèvements intraveineux, héparinisation...).		
Séance de perfusion intraveineuse d'antibiotiques, quelle que soit la voie d'abord, sous surveillance continue, chez un patient atteint de mucoviscidose, la séance. Cette cotation est globale; elle inclut l'ensemble des gestes nécessaires à la réalisation de l'acte et à la surveillance du patient, ainsi que les autres actes infirmiers éventuels liés au traitement de la mucoviscidose. Une feuille de surveillance détaillée permettant le suivi du malade doit être impérativement tenue au domicile du malade. En l'absence de surveillance continue, le forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure avec organisation d'une surveillance s'applique.	15	AMI ou AMX ou SFI

Article 5 bis - Prise en charge à domicile d'un patient insulino-traité (modifié par décision UNCAM du 18/07/2019 et du 13/01/22)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Surveillance et observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline en fonction des indications de la prescription médicale et du résultat du contrôle extemporané, y compris la tenue d'une fiche de surveillance, par séance	1	AMI ou AMX ou SFI
Injection sous-cutanée d'insuline	1	AMI ou AMX ou SFI
Séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention, d'une durée d'une demi-heure, pour un patient insulino-traité de plus de 75 ans Cette cotation inclut : l'éducation du patient et/ou de son entourage ; la vérification de l'observance des traitements et du régime alimentaire, le dépistage du risque d'hypoglycémie ; le contrôle de la pression artérielle ; la participation au dépistage et le suivi des éventuelles complications, en particulier neurologiques, infectieuses, cutanées ; la prévention de l'apparition de ces complications, en particulier par le maintien d'une hygiène correcte des pieds ; la tenue d'une fiche de surveillance et la transmission des informations au médecin traitant, qui doit être immédiatement alerté en cas de risque de complications ; la tenue, si nécessaire, de la fiche de liaison et la transmission des informations utiles à l'entourage ou à la tierce personne qui s'y substitue. La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une prise en charge dans le cadre de la prise en charge d'un patient dépendant prévue au titre XVI, chapitre Ier, article 11 ou article 12.	4	AMI ou SFI
Pansement lourd et complexe pour un patient diabétique insulino-traité, nécessitant une détersion avec défibrination	4	AMI ou AMX ou SFI
Analgesie topique préalable à un pansement L'acte comprend la dépose du pansement, l'application du produit d'analgésie topique et la mise en attente. L'analgésie topique préalable à un pansement, dans la limite de 8 par épisode de cicatrisation (défini par des	1,1	AMI ou AMX

soins de plaie et la délivrance de pansement continu, sans intervalle supérieur à 2 mois), renouvelable une fois au plus par épisode de cicatrisation.		
Ces actes peuvent se cumuler entre eux en dérogation de l'article 11B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.		

Article 5 ter - Prise en charge spécialisée (modifié par décision UNCAM du 18/07/19)

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<p>Séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO).</p> <p>Ces séances s'inscrivent dans un programme de suivi infirmier en complément du suivi médical après sortie des patients hospitalisés pour décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'une exacerbation de BPCO. Il est réalisé selon le protocole thérapeutique et de surveillance contenu dans le document de sortie adressé au médecin traitant et aux professionnels de santé désignés par le patient.</p> <p>Selon le protocole thérapeutique et de surveillance, la séance comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'éducation du patient et/ou de son entourage, - la vérification de l'observance des traitements médicamenteux et des mesures hygiéno-diététiques dans la vie quotidienne ainsi que l'adhésion du patient aux traitements, - la surveillance des effets des traitements, de leur tolérance et de leurs effets indésirables, - la vérification de la bonne utilisation des dispositifs d'auto mesure tensionnelle et de l'oxygénothérapie éventuellement, - le contrôle des constantes cliniques (poids, œdèmes, pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, cyanose, sueurs, dyspnée...) et de l'état général, - la participation au dépistage des complications de la maladie et des traitements. <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la tenue d'une fiche de surveillance, - la transmission des informations au médecin traitant dans les 48 h par voie électronique sécurisée. <p>Facturation :</p> <p>Le programme du suivi infirmier comprend une visite hebdomadaire pendant au moins deux mois avec une</p>	5,8	AMI ou AMX

<p>première visite dans les 7 jours après la sortie. Le rythme peut être adapté en fonction du protocole. La durée de prise en charge est de 4 à 6 mois pour l'insuffisance cardiaque et jusqu'à 6 mois pour les formes sévères de bronchopathie chronique obstructive (stade II et suivants). Le nombre maximum de séances est de 15. La facturation de cet acte est conditionnée à la formation des IDE à ce suivi post hospitalisation.</p> <p>Des majorations de nuit ou de jours fériés, ne peuvent pas être cotées à l'occasion de cet acte.</p> <p>La cotation de cet acte ne se cumule pas avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique infirmière et de prévention prévue au Titre XVI chapitre 1 article 11, ni avec une séance hebdomadaire de surveillance clinique et de prévention pour un patient insulino traité de plus de 75 ans prévue au Titre XVI chapitre II article 5 bis.</p>		
---	--	--

Article 6 - Soins portant sur l'appareil digestif et urinaire

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
Irrigation colique dans les suites immédiates d'une stomie définitive, incluant le pansement et la surveillance de l'évacuation, avec un maximum de vingt séances, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale, avec un maximum de quatre séances par jour, par séance	4	AMI ou SFI
Dialyse péritonéale par cycleur :		
- branchement ou débranchement, par séance	4	AMI ou SFI
- organisation de la surveillance, par période de douze heures	4	AMI ou SFI

Article 7 - Soins postopératoires à domicile selon protocole (modifié par décision UNCAM du 29 septembre 2020 et du 13/01/22)

Les séances de surveillance ci-après sont des actes réalisés avec élaboration d'un protocole écrit, préalablement établi par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour les patients dont l'éligibilité à une chirurgie ambulatoire ou à un parcours clinique de réhabilitation améliorée après chirurgie dépend d'un accompagnement infirmier ponctuel pour le retour à domicile en postopératoire.

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
<p>Séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile pour les patients éligibles à la chirurgie ambulatoire ou à un parcours de soins de réhabilitation améliorée (RAAC)</p> <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vérification de la compréhension et de l'observance des consignes et des prescriptions de sortie ; - le suivi des paramètres de surveillance prescrits ; - le remplissage de la fiche de suivi postopératoire ou tout autre support où sont collectées les données de surveillance infirmière ; - en cas d'anomalie, le contact avec l'équipe médicale par le vecteur prévu. <p>Trois séances au plus peuvent être facturées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sur une période qui s'étend du jour de l'arrivée du patient à son domicile, dénommé J0, à la veille de la première consultation post opératoire avec le chirurgien lorsqu'elle est programmée avant J+6 inclus, - ou, en l'absence de rendez-vous de consultation chirurgicale au cours de la première semaine postopératoire, sur une période qui s'étend de J0 à J+6 inclus. 	3,9	AMI
<p>Séance de surveillance et/ ou retrait de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire</p> <p>La séance inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la vérification de la compréhension et de l'observance du traitement antalgique ; - l'évaluation de la douleur au repos et à la mobilisation ; - la surveillance des effets secondaires, de l'étanchéité du pansement, si nécessaire du point de ponction ; - l'appel de l'anesthésiste ou de l'équipe ressource douleur en cas d'anomalie ; - le retrait de cathéter à la date prescrite. 	4,2	AMI

Un acte au plus de surveillance de cathéter périmerveux pour analgésie postopératoire peut être facturé par jour avec présence d'un aidant à domicile ou 2 actes au plus en l'absence d'aidant, 3 jours consécutifs au plus.		
Retrait de sonde urinaire	2	AMI
Surveillance de drain de redon et/ ou retrait postopératoire de drain - Cotation dans la limite de deux séances à partir du retour à domicile.	2,8	AMI
Les séances de surveillance postopératoire et de surveillance de cathéter périmerveux ne sont pas cumulables entre elles. Le retrait de sonde et la surveillance de drain ainsi qu'une séance de surveillance post-opératoire ou de cathéter périmerveux peuvent être associés sans application de l'article 11B des Dispositions générales		

CHAPITRE III - SOINS DE PRATIQUE AVANCÉE (créé par décision UNCAM du 13/02/20)

Article 1er - Forfaits

Désignation de l'acte	Coefficient	Lettre clé
1) Forfait d'éligibilité Un premier forfait est facturable, une seule fois par patient lors du premier contact de l'infirmier de pratique avancée avec le patient. Ce forfait valorise le premier entretien et l'anamnèse réalisés par l'infirmier de pratique avancée afin de vérifier l'éligibilité du patient à un suivi en pratique avancée dans l'un des domaines d'intervention prévus par les dispositions du code de la santé publique ainsi que les textes réglementaires de mises en œuvre. Les soins infirmiers ou les activités nécessaires au suivi du patient doivent exclusivement entrer dans le champ de compétence de l'infirmier en pratique avancée. Ce forfait est facturable par l'infirmier en pratique avancée même si après l'entretien réalisé, le patient n'est finalement pas éligible au suivi par un infirmier en pratique avancée.	0,62	PAI
2) Forfait initial	1,8	PAI

<p>Ce forfait est facturable lors du premier contact annuel pour prise en charge du patient pour des soins en pratique avancée.</p> <p>Il comprend toutes les interventions de l’infirmier en pratique avancée au cours du premier trimestre de prise en charge (conformément aux contenus socle et spécifiques défini dans le protocole de suivi établi par le médecin), notamment la surveillance et les conclusions cliniques sur le trimestre de prise en charge ainsi que les actions de coordination et de concertation nécessaires, selon les dispositions en vigueur.</p> <p>L’infirmier en pratique avancée est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; les listes d’actes sont définies selon la réglementation en vigueur. Ces actes ne peuvent donner lieu à facturation en dehors du forfait.</p> <p>La prise en charge initiale ou annuelle permet de faire un bilan global, incluant les actions d’éducation, de prévention et de dépistage.</p> <p>3)Forfait de suivi</p> <p>Ce forfait est facturable chaque trimestre de soins à la suite du forfait initial. Il est facturable au premier contact trimestriel avec le patient.</p> <p>Il comprend toutes les interventions de l’infirmier en pratique avancée au cours du trimestre concerné (conformément au contenus socle et spécifiques définis dans le protocole de suivi établi par le médecin), notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la surveillance et les conclusions cliniques sur le trimestre de prise en charge ; - les rappels ou compléments apportés sur les messages éducationnels et préventifs ; - l’activité de coordination auprès des différents intervenants médicaux et paramédicaux et autres acteurs de santé amenés à assurer la prise en charge de ces patients ; - les activités transversales décrites dans le code de la santé publique. <p>L’infirmier en pratique avancée est autorisé à effectuer des actes sans prescription médicale ; les listes</p>	1	PAI
--	---	-----

<p>d'actes sont définies selon la réglementation en vigueur. Ces actes ne peuvent donner lieu à facturation en dehors du forfait.</p> <p>Quatre forfaits (un initial et trois de suivi) sont facturables au maximum au cours d'une année de soins de pratique avancée. La première année de soins, le forfait pour déterminer l'éligibilité du patient au suivi dans le cadre de la pratique avancée s'ajoute.</p> <p>A l'exception du premier contact déterminant l'éligibilité aux soins de pratique avancée et du premier contact annuel de prise en charge de soins pour les patients éligibles, le suivi par l'infirmier en pratique avancée peut être réalisée à distance par vidéotransmission dans des conditions d'équipement, d'accompagnement et d'organisation adaptées aux situations cliniques patients, en alternance avec un suivi du patient en présentiel.</p> <p>Les frais de déplacement sont facturables à chaque passage de l'infirmier de pratique avancée au domicile du patient dans les conditions définies à la nomenclature générale des actes professionnels (IFI et éventuellement IK).</p> <p>Les majorations de nuit, dimanche et jour férié, MIE, MCI et MAU ne sont pas associables à ces rémunérations forfaitaires.</p> <p>Une majoration (MIP) dédiée, liée à l'âge du patient (pour les patients de moins de 7 ans et ceux âgés de 80 ans et plus) peut être associée à la facturation de ces différents forfaits.</p> <p>Ces modalités de valorisation pour le suivi des patients s'appliquent également aux centres de santé et aux maisons de santé pluriprofessionnelles salariant des infirmiers en pratique avancée conformément aux dispositions des articles L.4041-2, L.4041-3 et L.4042-1° du code de la santé publique et des articles L.162-1-7 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.</p>	1	MIP
--	---	-----

ANNEXE 1 : SOINS INFIRMIERS (créée par la décision UNCAM du 13/01/22)

Détermination de la facturation des forfaits BSI (article 23.3 des Dispositions générales de la NGAP)

Le forfait journalier à facturer par l'infirmier est déterminé par les interventions réalisées en propre par l'infirmier auprès du patient et cochées dans l'outil BSI. Il existe trois forfaits BSI « léger », « intermédiaire » ou « lourd » dont le tarif diffère selon le niveau de prise en charge en soins infirmiers.

Les 43 interventions du BSI ont été classées, par ordre croissant de charge en soins infirmiers, en 4 groupes homogènes, en accord avec les organisations syndicales représentatives signataires de la convention. Le groupe 1 correspond à la charge en soins la plus faible et le groupe 4 à la plus élevée (voir tableau 1 en fin d'annexe). Parmi les interventions cochées, seules les interventions des domaines Hygiène (H), Elimination (E) et Mobilité (M) sont apparues comme discriminantes pour classer les patients en termes de lourdeur de prise en charge. Il s'avère que les interventions des autres domaines sont corrélées à celles des trois domaines HEM et ne sont donc pas discriminantes.

Pour chaque domaine HEM, on ne garde que la valeur maximale de groupe des interventions cochées pour le patient. Chacun de ces 3 domaines HEM n'a donc qu'un 1 seul indicateur, le plus élevé retrouvé.

Par exemple, la combinaison H4E2M3 veut dire que parmi le(s) intervention(s) cochée(s) dans le domaine « hygiène », le groupe maximal de ces interventions appartient au groupe 4. Le groupe 4 (H4) est donc le niveau retenu pour le domaine « hygiène ». On procède de la même façon pour le domaine « Elimination » et « Mobilité ». Pour chaque combinaison HEM, des règles d'orientation déterminent le niveau de forfait BSI à facturer (voir tableau 2 en fin d'annexe).

Afin de reconnaître la complexité des prises en charge chez la personne très âgée et dépendante, un âge égal ou supérieur à 90 ans constitue un critère supplémentaire.

Tableau 1 : Composition des 4 groupes homogènes d'interventions

Sigles des 9 domaines ou rubriques du BSI :

A/ Alimentation ; R/ Respiratoire et cardio-circulatoire ; E/ Elimination ; H/ Hygiène ; M/ Mobilité ; SR/ Soins Relationnels ; SE/ Soins Educatifs ; D/ Douleur ; T/ Traitement

Groupe 1 : 10 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs)

A/ Surveillance clinique de l'état bucco-dentaire pour adaptation de l'alimentation

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers du patient avec un dispositif de pression positive continue pour traitement de l'apnée du sommeil

R/ Surveillance clinique de la fonction cardio-circulatoire

E/ Surveillance clinique de l'élimination urinaire et/ou fécale (aspects qualitatifs et quantitatifs)

E/ Surveillance clinique d'une constipation

H/ Surveillance du confort d'installation (lit, régulation température, préparation à l'endormissement, etc...) et de l'intégrité de la peau

H/ Pose, surveillance, entretien, d'appareillage de suppléance, d'orthèses, de prothèses

M/ Surveillance et observation, de la sécurité de l'environnement du patient et de l'utilisation des aides techniques (cannes, déambulateur, attelles,...)

Groupe 2 : 20 interventions

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et de l'observance d'un régime alimentaire prescrit

A/ Surveillance clinique de l'équilibre alimentaire et/ou hydrique (aspects qualitatifs et quantitatifs) et des mesures thérapeutiques prescrites : (compléments alimentaires,...)

A/ Planification des apports alimentaires et hydriques et stimulation à leur prise

A/ Planification d'un régime alimentaire prescrit et contrôle de sa mise en œuvre

A/ Mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'un patient présentant un risque de fausse route ou après fausse route

Groupe 2 : 20 interventions

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers pour un patient appareillé par un dispositif d'oxygénothérapie

R/ Pose et dépose de contentions vasculaires

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence occasionnelle urinaire et/ou fécale

E/ Planification des soins personnels et aide à l'élimination urinaire et/ou fécale

E/ Massage colique

M/ Surveillance et mise en place de mesures de prévention des chutes chez une personne à risque

M/ Aide à l'installation (lit, fauteuil) et aux déplacements (avec ou sans aide technique)

D/ Evaluation et suivi par test d'une douleur chronique invalidante avec retentissement important sur la qualité de vie, prise en charge relationnelle infirmière de la douleur, et le cas échéant adaptation du traitement anti-douleur selon protocole prescrit

T/ Surveillance d'un patient à risque de iatrogénie médicamenteuse en lien avec le médecin et/ou le pharmacien : repérer les patient à risque d'événements indésirables médicamenteux, sécuriser la gestion des médicaments, et gérer les situations à risque et les alertes

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- un déficit sensoriel majeur même appareillé ou un trouble majeur de la compréhension ou de l'expression du langage oral, par communication non verbale
- des troubles comportementaux importants et chroniques (angoisse, agressivité, apathie ...)
- un état anxio-dépressif chronique avec souffrance morale et retentissement important sur l'activité

SE/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- aide éducative d'un patient atteint de pathologie(s) chronique(s) pour acquérir ou

Groupe 2 : 20 interventions

maintenir des compétences dont il a besoin dans la vie courante et dans le suivi de son traitement

- aide à l'apprentissage d'autosoins et de nouveaux comportements nécessaires à la prise en charge et au suivi du traitement de pathologie(s) chronique(s) en phase évolutive (par exemple lors de la mise en œuvre d'un traitement ou de la modification de celui-ci)
- aide à l'apprentissage de suppléance après perte récente d'une fonction ou d'un organe

Groupe 3 : 9 interventions

R/ Surveillance clinique de la fonction respiratoire et soins infirmiers d'un patient nécessitant des aspirations bronchiques (avec ou sans trachéotomie)

E/ Surveillance clinique d'un patient porteur d'une sonde urinaire à demeure et soins infirmiers, associée ou non à un trouble de l'élimination fécale

H/ Planification des soins d'hygiène, stimulation et apprentissage visant à maintenir les capacités d'autonomie restantes

H/ Aide du patient pour la réalisation de ses soins d'hygiène, et de son habillage/déshabillage

H/ Surveillance de l'intégrité de la peau et mise en œuvre de mesures de prévention auprès d'une patient présentant un risque d'escarres

M/ Aide partielle aux transferts (couché/assis/debout), avec lever ergonomique et installation du patient, surveillance et prévention des complications

SR/ Prise en charge relationnelle infirmière de patients dépendants présentant :

- des troubles démentiels (désorienté, incohérent, perte de l'autonomie sociale, fugueur...)
- des troubles psychiatriques sévères avec incurie (manque total de soins de soi et d'hygiène avec indifférence aux conséquences)
- une situation de crise (annonce d'une pathologie grave, d'une perte de fonction/organe avec handicap, fin de vie...)

Groupe 4 : 4 interventions

E/ Surveillance clinique de l'élimination (aspects qualitatifs et quantitatifs) et soins infirmiers liés à une incontinence permanente urinaire et/ou fécale

H/ Réalisation complète des soins d'hygiène et de l'habillage/déshabillage, sans participation du patient

M/ Aide totale aux transferts (couché/assis/debout), avec ou sans lève-malade et installation du patient, surveillance et prévention des complications

M/ Changements de positions fréquents, prévention des attitudes vicieuses, des complications de décubitus (planification et réalisation des soins)

Tableau 2 : Règles de classement des forfaits BSI

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E4 M4	Lourd	Lourd
H1 E4 M4	Lourd	Lourd
H3 E1 M4	Lourd	Lourd
H3 E2 M4	Lourd	Lourd
H3 E3 M3	Lourd	Lourd
H3 E3 M4	Lourd	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E4 M3	Lourd	Lourd
H3 E4 M4	Lourd	Lourd
H4 E0 M4	Lourd	Lourd
H4 E1 M4	Lourd	Lourd
H4 E2 M3	Lourd	Lourd
H4 E2 M4	Lourd	Lourd
H4 E3 M3	Lourd	Lourd
H4 E3 M4	Lourd	Lourd
H4 E4 M0	Lourd	Lourd
H4 E4 M1	Lourd	Lourd
H4 E4 M2	Lourd	Lourd
H4 E4 M3	Lourd	Lourd
H4 E4 M4	Lourd	Lourd
H0 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E3 M3	Intermédiaire	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H0 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H0 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E0 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E1 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M3	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E2 M4	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E3 M3	Intermédiaire	Lourd
H1 E3 M4	Intermédiaire	Lourd
H1 E4 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H1 E4 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H3 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E0 M4	Intermédiaire	Lourd
H3 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H3 E2 M3	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M0	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M1	Intermédiaire	Lourd
H3 E4 M2	Intermédiaire	Lourd

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H4 E0 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E0 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E1 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E1 M3	Intermédiaire	Lourd
H4 E2 M0	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M1	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E2 M2	Intermédiaire	Intermédiaire
H4 E3 M0	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M1	Intermédiaire	Lourd
H4 E3 M2	Intermédiaire	Lourd
H0 E0 M0	Léger	Léger
H0 E0 M1	Léger	Léger
H0 E0 M2	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H0 E0 M3	Léger	Léger
H0 E0 M4	Léger	Léger
H0 E1 M0	Léger	Léger
H0 E1 M1	Léger	Léger
H0 E1 M2	Léger	Léger
H0 E1 M3	Léger	Léger
H0 E2 M0	Léger	Léger
H0 E2 M1	Léger	Léger
H0 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E2 M3	Léger	Intermédiaire
H0 E3 M0	Léger	Léger
H0 E3 M1	Léger	Léger
H0 E3 M2	Léger	Intermédiaire
H0 E4 M0	Léger	Léger
H1 E0 M0	Léger	Léger
H1 E0 M1	Léger	Léger

Combinaisons HEM	Forfait BSI pour les patients de moins de 90 ans	Forfait BSI pour les patients de 90 ans et plus
H1 E0 M2	Léger	Léger
H1 E0 M3	Léger	Léger
H1 E1 M0	Léger	Léger
H1 E1 M1	Léger	Léger
H1 E1 M2	Léger	Léger
H1 E1 M3	Léger	Léger
H1 E2 M0	Léger	Léger
H1 E2 M1	Léger	Léger
H1 E2 M2	Léger	Intermédiaire
H1 E3 M0	Léger	Léger
H1 E3 M1	Léger	Léger
H3 E0 M0	Léger	Léger
H3 E0 M1	Léger	Léger
H4 E0 M0	Léger	Léger